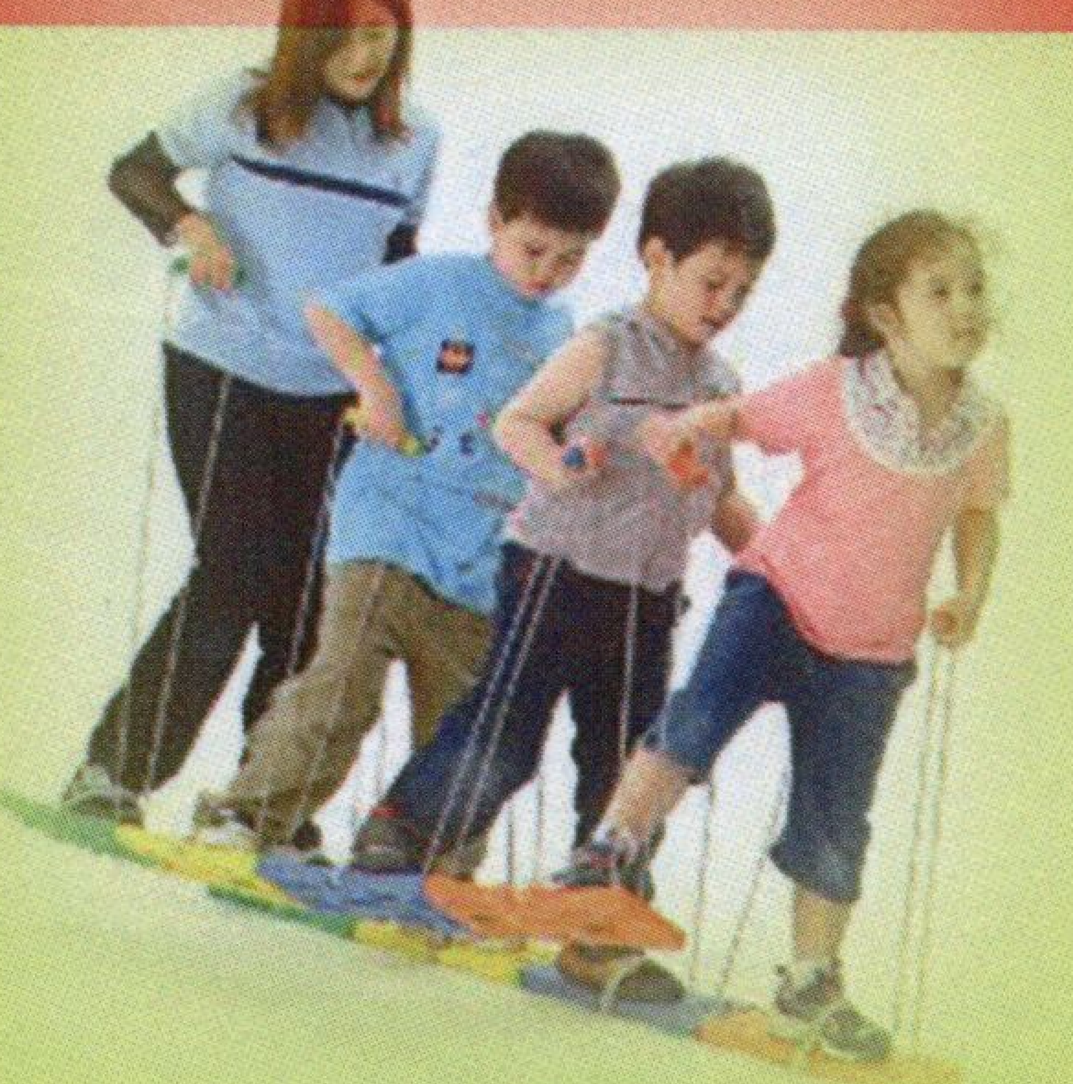
فهم اضطرابات نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال والسيطرة عليه



محمد حسن القرا		بدر احمد جراح



إهداء ٢٠١٦

دار المعتز للنشر و التوزيع

الاردن



فهم اضطرابات نقص الانتباه
والنشاط الزائد لدى الأطفال
والسيطرة عليه

المملكة الأردنية الهاشمية
رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية
(2015/10/4990)

371.9
القرا، محمد حسن .
فهم اضطرابات نقص الإنتباه الزائد والسيطرة عليه /محمد حسن مسلم
عمان :دار المعتز ٢٠١٥
ر.ا: (2015/10/4990)
الواصفات : /الإضطرابات//الأطفال//التربية الخاصة/

يتحمل المؤلف كامل المسؤلية القانونية عن محتوى مصنفه ولا يعبر هذا المصنف عن رأي دائرة المكتبة الوطنية أو أي جه حكومية.

الطبعة الأولى
2016م — 1437هـ

دار المعتز للنشر والتوزيع
الأردن- عمان- شارع الملكة رانيا العبدالله- الجامعة الأردنية
عمارة رقم ٢٣٣ مقابل كلية الزراعة الطابق الأرضي
تلفاكس: ٠٠٩٦٢ ٦ ٥٣٧٣٠٣٥ ص.ب: ١٨٤٠٣٤ عمان: ١١١١٨ الأردن
e-mail: daralmuotaz.pup@gmail.com

فهم اضطرابات نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال والسيطرة عليه

تأليف

محمد حسن القرا   بدر أحمد جراح

الطبعة الأولى

2016م — 1437هـ

دار المعتز للنشر والتوزيع

الفهرس

الفصل الاول

الاضطرابات السلوكية

الفصل الثاني

الإعاقة العقلية والحركية

الفصل الثالث

مشكلة فرط الحركة وتشتت الانتباه عند الاطفال

الفصل الرابع

الاضطربات والصعوبات التعليمة ونقص الانتباه لدى الطلاب وكيفية حلها .

الفصل الخامس

الاضطرابات والمشكلات النفسية للأطفال وسائل السيطرة عليه

الفصل السادس

التربية الحركية للمعوقين والسيطرة عليها

المقدمة

تعد مشكلات الطلبة والطالبات، متعددة وتتفاوت في نوعياتها وأحجامها وأسبابها، وقد تكون صادرة من المنزل او الشارع او من المجتمع او من محيط المدرسة، والتي قد تكون المشكلة من الوالد او الوالدة، او قد تكون نتيجة للحب الزائد من تدليل الوالدين لابنهما او ابنتهما او نتيجة للحرمان الزائد، او من حياة الفوضى التي يعيشها المنزل، او نتيجة لفقد الوالدين أو أحدهما.

أو قد تكون هذا المشكلات أيضاً من داخل أسوار المدرسة، نتيجة لسوء التنظيم الذي تسير عليه المدرسة، او نتيجة لمضايقة من طالب لمعلم او العكس، أو من طالب لطالب، او معلم لمعلم، أو نتيجة لمضايقة من طالب لمعلم او العكس، او من طالب لطالب، أو من معلم لمعلم، أو نتيجة لعدم شعور شخص ما بالمسؤولية، أو لإهمال في المسؤولية، أو نتيجة لمشكلات اجتماعية في محيط البيئة، او لاتباع بعض الأساليب الخاطئة في تربية النشء، او لصعوبة في المناهج الدراسية، أو لسوء فهم فيما بين مجتمع المدرسة من إداريين ومعلمين، وقد تكون نتيجة لمشكلات نفسية، وإن كان قد خصص لهذه النوعية مدارس ومعاهد خاصة يشرف عليها تربويون متخصصون في تربية هذه النوعية من الطلبة والطالبات.

ومن اجل فهم هذا الاضطربات والمشكلات، يجب أن يتم اختيار المعلم الذي سيقوم بالتدريسجيداً للأطفال المصابين باضطرابات الانتباه، بحيث يتمتع بالصبر، ويكون لديه استعداد نفسي وبدني للعمل مع هؤلاء الأطفال، وذلك لأن العمل مع هؤلاء الأطفال يحتاج إلى الصبر، وبذل الجهد أكثر مما يحدث مع الأطفال العاديين.

وان يتم تدريب المعلم على كيفيه التدريس للاطفال المصابين باضطرابات الانتباه، وتزويده بفنيات العلاج التربوي التي تساعده على نجاحه في عملة معهم، ويجب أن يتم تكوين فريق عمل بالمدرسة يتكون من مدير المدرسة والمعلم الذي يتم اختياره ليقوم بالتدريس لهؤلاء الأطفال والأخصائي النفسي، والأخصائي الاجتماعي، والزائرة

الصحية أو المرضة، ويجب تزويدهم بالمعلومات الكافية عن اضطرابات الانتباه من حيث الأسباب والأعراض والمظاهر السلوكية.

يمكن تقسيم هذا الكتاب الى الفصول التالية:

الفصل الاول: الاضطرابات السلوكية

الفصل الثاني: الإعاقة العقلية والحركية

الفصل الثالث: مشكلة فرط الحركة وتشتت الانتباه عند الاطفال

الفصل الرابع: الاضطربات والصعوبات التعليمة ونقص الانتباه لدى الطلاب وكيفية حلها

الفصل الخامس: الاضطرابات والمشكلات النفسية للأطفال وسائل السيطرة عليه

الفصل السادس: التربية الحركية للمعوقين والسيطرة عليها

الفصل الاول

الاضطرابات السلوكية

الفصل الاول

الاضطرابات السلوكية

مفهوم اضطرابات السلوك

ان اضــطرابات الــسلوك Behavior Disorders او الاضــطرابات الانفعاليــة emotional Disturbances أو الاعاقــة الإنفعاليــة Emotional Impairment كلــها مصطلحات تصف مجموعــة مــن الاشــخاص الــذين يظهــرون، وبــشكل متكــرر، أنماطــاً منحرفة أو شاذة من السلوك عمــا هــو مــألوف أو متوقــع، كمــا إن تعــدد اختــصاصات واهتمامات المهنيين والباحثين، وكذلك اختلاف تفسيراتهم حول طبيعة هذا الاضــطراب وأسبابه وعلاجه، بالاضافة إلى تعقد الاضطراب نفسه وتداخله مــع اضــطرابات أخــرى، جعلت الباحثين يميلون إلى استخدام مصطلحات، ومسميات دون غيرها للإشارة إلى هذه الفئة من الاشخاص، إلا ان التوجهات الحديثة في مجال التربية الخاصة تميــل إلى اســتخدام مصطلح اضطرابات السلوك لأسباب متعددة أهمها، أن هذا المصطلح أعم وأشمــل مــن غيره من المصطلحات والمسميات الاخرى، إذ يشمل قطاعاً واســعاً مــن أنمــاط الــسلوك، بالاضافة إلى أنه يصف السلوك الظاهر الذي يمكن التعــرف عليــه بــسهولة، كمــا ان هــذا المصطلح لا يتضمن افتراضات مسبقة حول أسباب الاضطراب.

وبالتالي فهو مفيد للمعلــم أكثــر مــن المــصطلحات الاخــرى، مثــل الاضــطرابات الانفعالية التي تعتمد على تصنيف الطب النفسي في النظــر إلى الــشذوذ وتــرى أن ســبب الاضطراب داخلي، بالاضافة إلى ما يتضمنه هذا المصطلح من وصم اجتماعي وتحيز ضد الوالدين باعتبارهم سبباً في اضطراب أبنائهم نتيجة عوامل التنــشئة الاســرية، علمــاً بــأن المضطربين انفعالياً هم قلة مقارنة بالفئــات الاخــرى الــتي يتــضمنها مــصطلح اضــطراب السلوك.

لقد ظهرت تعريفات عديدة لاضطرابات السلوك، ولكن لا يوجد اتفاق شامل على أي من هذه التعريفات وذلك للأسباب التالية:

1. ظهور اضطرابات السلوك لدى فئات الاعاقة المختلفة قد يجعل من الصعب أحياناً تحديد هل الاضطراب في السلوك ناتج عن الاعاقة التي يعاني منها الشخص، أم هي سبب في تلك الاعاقة.
2. عدم الاتفاق بين الباحثين على معنى السلوك "السوي" أو الطبيعي أو حول مفهوم الصحة النفسية.
3. التباين في المعايير والسلوك المتوقع من الاشخاص الذي قد تتبناه مجموعة أو أكثر في المجتمع في الحكم على اضطراب السلوك.
4. عدم الاتفاق بين الباحثين على مقاييس واختبارات لتحديد السلوك المضطرب
5. تعدد واختلاف الاتجاهات والنظريات التي تفسر اضطرابات السلوك وأسبابها، واستخدام مصطلحات، وتعريفات وتسميات تعكس وجهات النظر المختلفة.

ومع كل الصعوبات السابقة في الوصول إلى تعريف محدد للمقصود باضطرابات السلوك، إلا أن هناك محاولات عديدة للتغلب على هذه المشكلة، وذلك بمحاولة الاحتكام إلى عدد من المحكات للحكم على السلوك بأنه مضطرب أو شاذ.

وان السلوك المضطرب أو الشاذ هو خبرة انسانية عامة، يوجد لدى الناس جميعاً، كما أن الاشخاص الذين يوصفون بأنهم مضطربون في السلوك يظهرون أيضاً سلوكات توصف بأنها طبيعية أو عادية، ولكن الفرق الاساسي هنا هو في تكرار حدوث السلوك غير المرغوب فيه أو الشاذ، ومدة القيام به وشدته بالاضافة إلى طوبوغرافيته، فالتكرار كمحك للحكم على اضطراب السلوك، يشير إلى أن تكرار السلوك غير المرغوب فيه عما هو مألوف أو متوقع يعتبر شاذاً أو مضطرباً.

أما المقصود بالمدة، فهي المدة التي يقضيها الطفل بالقيام بالسلوك المحدد، فالثورات العصبية للأطفال المضطربين مدتها أطول وانتباههم لمدة أقصر، أما شدة السلوك فيشير

إلى أن السلوك يعتبر مضطرباً إذا كانت شدته متطرفة بمعنى أن يكون السلوك قوياً جداً أو ضعيفاً جداً.

أما المقصود بالطوبوغرافية فهو الشكل الذي يأخذه الجسم عند تأدية السلوك، فالاطفال المضطربون يمكن أن يصدر عنهم سلوك حركي يظهر على أشكال معينة قلما تصدر عن أقرانهم غير المضطربين.

وبالاضافة إلى هذه المحكات في الحكم على اضطراب السلوك أو عدمه، فإن هناك عناصر يتفق عليها الباحثون، وهي الأخذ بعين الاعتبار عوامل مثل عمر الشخص الذي قام بالسلوك، والموقف الذي حدث فيه السلوك، ومدى ملائمة هذا السلوك لثقافة المجتمع الذي يوجد فيه الشخص.

نحن عادة نلجأ إلى وصف أشكال السلوك الاجتماعي بأنها ملائمة أو غير ملائمة، ويختلف الحكم على ما إذا كان السلوك ملائما أو غير ملائم من معلم إلى آخر، ومن أحد الاباء إلى آخر، ويتوقف كل ذلك على الموقف الذي يحدث فيه السلوك، وعلى الطفل المعين الذي يصدر عنه هذا السلوك.

فالسلوك الذي يعتبر ملائماً بالنسبة لأحد الاطفال في احد المواقف قد ينظر إليه على أنه غير ملائم كلية عندما يصدر عن طفل آخر في موقف مختلف، وكأي شكل من الاشكال الاخرى للسلوك، فإن السلوك الاجتماعي سلوك متعلم، فالطفل لا يولد، وهو مزود بمخزون ملائم من السلوك، ولكن يتعلم الطفل السلوك من خلال المحاولة والخطأ في البداية أو من خلال التقليد أو عن أي طريق آخر، وعندما يقوم الطفل بتجريب سلوك ما للمرة الاولى فإنه لا يعرف الاثار والنتائج المترتبة على هذا السلوك، فإذا حدث وجاءت الآثار والنتائج من النوع الذي يحمل شكلا من أشكال الاثابة للطفل فإن ذلك يجعله يميل إلى تكرار السلوك، أما إذا جاءت الاثار والنتائج من النوع الذي لا إثابة فيه، فإن ذلك يجعل الطفل لا يميل إلى تكرار هذا السلوك، وإذا كانت نتائج الاثار المترتبة على السلوك مؤلمة وغير سارة بشكل أو بآخر بالنسبة للطفل، فإن ذلك يؤدي إلى خفض احتمالات تكرار هذا السلوك.

مفهوم المصاب باضطرابات السلوك

يعرف بور اضطرابات السلوك أو الاضطرابات الانفعالية لغايات التربية الخاصة بأن الاطفال المضطربون يجب أن تتوافر لديهم واحدة من الخصائص التالية أو أكثر ولفترة زمنية:

1. ظهور أنماط سلوكية غير مناسبة في المواقف العادية.
2. عدم القدرة على التعلم، والتي لا تفسر بأسباب عقلية أو حسية أو صحية.
3. مزاج عام من الكآبة والحزن.
4. عدم القدرة على بناء علاقات شخصية مرضية مع المعلمين، والأقران وعدم القدرة على المحافظة على هذه العلاقات.
5. الميل لتطوير أعراض جسمية، آلام، أو مخاوف مرتبطة بمشكلات شخصية ومدرسية.

أما كوفمان فيعرف الأشخاص المضطربين في السلوك بأنهم أولئك الذين يستجيبون بشكل واضح ومزمن، لبيئتهم باستجابات غير مقبولة اجتماعياً.

كما يعرف رينرت الطفل المضطرب بأنه ذلك الطفل الذي يظهر سلوكاً مؤذياً وضاراً، بحيث يؤثر على تحصيله الاكاديمي، أو على تحصيل أقرانه، بالاضافة إلى التأثير السلبي على الاخرين.

كم يرى روس أن الاضطراب النفسي يظهر عندما يقوم الطفل بسلوك ينحرف عن المعيار الاجتماعي، بحيث أنه يحدث بتكرار وشدة، حتى أن الكبار الذين يعيشون في بيئة الطفل يستطيعون الحكم على هذا السلوك.

انتشار مصطلح اضطرابات السلوك

حيث لا توجد تقديرات دقيقة حول انتشار اضطرابات السلوك، وذلك بسبب الاختلاف في استخدام التعريفات وكذلك بسبب الاختلاف في تفسير التعريف الواحد بين الباحثين، ثم أيضا بسبب الاختلاف في الطريقة أو المنهجية المستخدمة للوصول إلى

النسب المختلفة، وأخيراً يمكن أن تختلف النسب لوجود الضغوط الاجتماعية أو الاقتصادية المتعلقة بتقديم الخدمات والبرامج التربوية، إما زيادة هذه النسبة أو التقليل منها، من هنا فإن الدراسات المختلفة تشير إلى تفاوت نسب الانتشار العالمية لاضطرابات السلوك من 0.1٪ إلى 30٪ من الاطفال في سن المدرسة.

إنه من الواضح أن هناك بعض النسب متحفظة، ولا تشمل إلا الحالات الشديدة، والبعض الاخر غير متحفظة تشمل الاضطرابات بدرجات متوسطة وبسيطة، فمن النسب المتحفظة ما يشير إلى 2٪ أو 3٪ من الاطفال في سن المدرسة يعانون من اضطرابات في السلوك، أو النسب غير المتحفظة والمعقولة ايضاً، فتشير إلى أن النسبة يمكن أن تتراوح بين 3٪ إلى 10٪ من الاطفال في سن المدرسة.

أما فيما يتعلق بالمقارنة بين نسب انتشار اضطرابات السلوك عند الذكور مع نسب الانتشار لدى الاناث، فتشير الدراسات إلى أن نسبة انتشار اضطرابات السلوك لدى الذكور تفوق نسبة انتشارها لدى الاناث حيث تتراوح هذه النسبة 2: 1، وفي بعض الدراسات من 5: 1، هذا، وتختلف طبيعة اضطرابات السلوك لدى كل من الذكور والاناث، فبينما يميل الذكور إلى السلوك العدواني والاندفاع والسلوك الموجه نحو الآخرين تميل الاناث إلى الخجل والقلق والانسحاب الاجتماعي.

أما ارتباط اضطرابات السلوك مع العمر، فتشير الدراسات إلى أن هذه الاضطرابات تكون قليلة في الصفوف الاولى، وتزداد في الصفوف المتوسطة ثم تميل إلى الانخفاض في الصفوف العليا.

تصنيفات اضطرابات السلوك

يعد النظام التصنيفي الأكثر استخداماً من قبل الاطباء النفسيين، لاضطرابات السلوك هو الذي ظهر في الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) الصادر عن الرابطة الاميركية للطب النفسي American Psychiatric Association (APA) ، ففي

أحدث مراجعة لهذا الدليل تصنف الاضطرابات تحت عنوان الاضطرابات التي تنشأ في مرحلة الطفولة أو المراهقة كما يلي:

1. الاضطرابات الجسمية وتشمل: اضطرابات الأكل، اضطرابات الحركات النمطية واضطرابات أخرى.
2. الجانب الذكائي، ويشمل التخلف العقلي.
3. الاضطرابات السلوكية وتشمل: اضطرابات الانتباه، واضطرابات التصرف.
4. الاضطرابات الانفعالية وتشمل: قلق الطفولة أو المراهقة، واضطرابات أخرى.
5. الاضطرابات النمائية العامة، والاضطرابات النمائية المحددة كالتوحد.

ولكن النقد الموجه لهذا النظام هو أنه يصنف اضطرابات الاطفال على أنها اضطرابات عقلية، وهو كذلك يعتمد على النموذج الطبي في تفسير اضطرابات السلوك، والتي تركز في الاساس على العوامل الداخلية كأسباب للاضطراب، كما هو الحال بالنسبة للأمراض الجنسية.

أما النظام السلوكي في تصنيف اضطرابات السلوك، فيعتمد على وصف سلوكي للبعد أو مجموعة الابعاد، ومن الامثلة على ذلك تصنيف كوفمان، حيث يصنف اضطرابات السلوك إلى ما يلي:

1. الانسحاب، وعدم النضج والشخصية غير المناسبة.
2. الحركة الزائدة، والتخريب، والاندفاعية
3. المشكلات المتعلقة بالنمو الخلقي والانحراف.
4. العدوان.

أما كوي فقد استخدم أسلوب التحليل العاملي للوصول إلى تصنيف يعتمد وضع الصفات في مجموعات متجانسة، حيث قسم اضطرابات السلوك إلى ما يلي:

1. عدم النضج: يتضمن قصر مدى الانتباه، السلبية الشديدة، أحلام اليقظة، تفضيل اللعب مع الاطفال الاصغر سناً، عدم الرشاقة.

2. اضطرابات التصرف: تتضمن عدم الطاعة، الازعاج، المشاجرة مع الاخرين، السيطرة، الزعامة، ثورات الغضب.
3. اضطرابات الشخصية: تتضمن الانسحاب الاجتماعي، القلق، الاكتئاب، الشعور بالنقص، الشعور بالذنب، الخجل وعدم السعادة.
4. الانحرافات الاجتماعية تتضمن: الهروب، الانضمام إلى عصابات، السرقة، والغرور.

كما ان وهناك ميل عند بعض الباحثين بتصنيف اضطرابات السلوك اعتماداً على شدة الاضطراب، حيث تصنف إلى:

1. اضطرابات السلوك البسيطة
2. اضطرابات السلوك متوسطة الشدة
3. اضطرابات السلوك الشديدة، وهذه تشمل حالات الذهان الطفولي أو فصام الطفولة.

وهناك تقسيم آخر للاضطرابات هي:

1- الاضطرابات الوظيفية، مثل سلس البول، فقدان الشهية أو الشراهة، الارق.
2- الاضطرابات الذهنية: الحالات التي ينتج عنها قصور في الانتاج الفكري، كالكبت الفكري، عدم القدرة على التركيز، اضطرابات الذاكرة.
3- الاضطرابات السلوكية: الكذب، الاختلاس، العدوانية، اضطراب السلوك الجنسي.

خصائص الاشخاص الذين يظهرون اضطرابات في السلوك

1) الذكاء:

خلافاً للاعتقاد الخاطئ السائد من أن الاطفال الذين يظهرون اضطرابات في السلوك أذكياء، إن معظمهم يحصلون على معاملات ذكاء أقل من المتوسط مقارنة بأقرانهم غير المضطربين، فمتوسط ذكائهم لا يزيد عن 90، وإن الكثير منهم يقع ذكائهم

في حدود بطء التعلم أو التخلف العقلي البسيط، كما أن الكثير من المضطربين بدرجة شديدة من الصعب حتى تطبيق اختبارات الذكاء عليهم، ومتوسط من يمكن تطبيق الاختبار عليه لا تزيد عن 50 درجة، وهناك حالات نادرة من هؤلاء ممن يحصلون معاملات ذكاء عالية، وربما يعود ذلك إلى أن الاضطراب يؤثر على توفير الفرص المناسبة لهم لتعلم المهمات التي تتضمنها اختبارات الذكاء، من هنا فإن اختبارات قد لا تعتبر مناسبة لقياس ذكائهم، وذلك باعتبارها متحيزة ضدهم، ولا تعطي مؤشرات دقيقة عن ذكائهم الحقيقي الذي يتأثر حتماً بالاضطراب.

2) التحصيل:

إن معظم الاشخاص المضطربين تحصيلهم الاكاديمي في المدرسة منخفضاً مقاساً باختبارات التحصيل المدرسية الرسمية، وغير الرسمية، كما إن الكثير من الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات الشديدة يفتقرون حتى للمهارات الاكاديمية الاساسية التي تشمل القراءة والكتابة والحساب، والقليل منهم من الذين يملكون، مثل هذه المهارات لا يستطيعون تطبيقها والتعامل معها في الحياة اليومية.

3) السلوك العدواني:

يعتبر السلوك العدواني من الخصائص السلوكية الشائعة لدى الاطفال المضطربين، يصنف هذا السلوك ضمن السلوكات الموجهة نحو الخارج Externalizing وضمن اضطرابات التصرف Conduct Disorders ، ويظهر السلوك العدواني على شكل اعتداء على الاخرين بأشكال مختلفة، كالاعتداء الجسدي وإلحاق الاذى المادي بالآخرين، أو بالاعتداء اللفظي، كالسباب والشتائم، أو حتى بالعدوان الرمزي بإظهار التذمر والمخاصمة.

ويوجه الاعتداء عادة على الاشخاص المحيطين بالطفل من غير استفزاز، حيث يهدف الطفل المضطرب من خلال العدوان إلى السيطرة على أقرانه أو إزعاجهم أو إغاظتهم أو التسلط عليهم، وفي حالات الاطفال الأكبر سناً، فإن العدوان يمكن أن يوجه

إلى المعلم أو إلى المدرسة، وفي مراحل عمرية لاحقة يمكن أن يتطور هذا العدوان، ليوجه إلى المجتمع، ويتمثل في سلوك مناهض للقوانين والقواعد الاجتماعية، ويجعل الشخص خارجاً عن القانون والنظام، وهو ما يعرف بالسلوك المضاد للمجتمع أو السوسيوبائية Sociopahty، في هذا النمط من السلوك يرتكب الشخص المضطرب جرائم القتل وهتك العرض والاغتصاب والسرقة وأعمال السطو والنهب، يساهم في تفاقم هذه المشكلة التسرب من المدرسة نتيجة الفشل المتكرر والافتقار إلى بيئة أسرية مناسبة، كما تشير الدراسات إلى أن العدوان أو السلوك الموجه نحو الخارج يظهر لدى الذكور أكثر منه لدى الاناث.

4) السلوك الانسحابي:

يصنف ضمن ما يعرف بالسلوك الموجه نحو الداخل أو الذات Internalizing ، ويتضمن البعد من الناحية الجسمية والانفعالية عند الاشخاص والمواقف الاجتماعية، ويظهر الكثير من الاشخاص المضطربين انسحاباً من المواقف الاجتماعية، وبالعزلة والاستغراق في أحلام اليقظة والكسل والخمول، إن مثل هؤلاء الاشخاص لا يستجيبون لمبادرات الاخرين، ولا ينظرون إلى الاشخاص الذين يتكلمون معهم، ولا يكونون صداقات، بسبب افتقارهم للمهارات الاجتماعية المناسبة لفعل ذلك، وهم لا يمثلون أي تهديد لغيرهم من الاشخاص.

إن السلوك الانسحابي هو سلوك مناقض للسلوك العدواني، وأشد أنواع هذا النوع من السلوك هو ما يظهره الاشخاص شديدو الاضطراب والذي يدعى بذهان الطفولة، وهذا النوع من السلوك يكثر بين الاناث مقارنة بالذكور.

التعرف على الاشخاص الذين يظهرون اضطرابات في السلوك:

إن التعرف والفحص والتشخيص هي طرائق تستخدم من قبل المهنيين، للإجابة عن التساؤل فيما إذا كان الطفل أو مجموعة الاطفال يعانون من مشكلات في السلوك، وتحديد هذه المشكلات من أجل وضع خطة علاجية وتربوية لمساعدة هؤلاء الاطفال.

إن اجراءات التعرف والفحص والتشخيص لاضطرابات السلوك معقدة، وذلك بسبب عدم الاتفاق التام على تعريفات اضطرابات السلوك، أو حتى بسبب تفسير التعريف بشكل مختلف، وهذه الاجراءات تحاول الاجابة عن الأسئلة التالية:

1. ما هي طبيعة التدخل الذي يجب أن يكون؟
2. كيف نتعرف على الطفل المضطرب انفعاليا أو سلوكياً؟
3. هل هذه المشكلة شديدة بدرجة كافية بحيث تتطلب تدخلاً؟

إجراءات الكشف والتعرف:

يتضمن مسح مجموعة كبيرة من الاطفال، من أجل تحديد عدد الاطفال الذين هم بحاجة إلى خدمات إضافية أو متخصصة، وفي حالة الاطفال في سن المدرسة، فإن المعلم هو المعني في عملية الكشف، ويشير مصطلح الكشف إلى قياس سريع وصادق للنشاطات التي تطبق بتنظيم لمجموعة من الاطفال، بغية التعرف على الاطفال الذين يعانون من صعوبات من أجل إحالتهم لعملية الفحص والتقييم.

كما انه من خلال العقدين السابقين وأكثر، أصبح التركيز على عملية الكشف وإجراءاته بطريقة فعالة، وهذا الاهتمام جاء من مصدرين، الاول هو الاعتقاد الذي ترسخ من الابحاث في ان الكشف والتدخل المبكر يساعد في تخفيف انتشار اضطرابات السلوك، والثاني هو من الضغوط نتيجة لوجود قوانين ملزمة، وتشكيل مجموعات الآباء والمهنيين.

إن برامج رياض الاطفال وبرامج المدارس تعتبر من أنواع الكشف المعروفة، حيث يدخل جميع الاطفال الذين سيلتحقون بالمدارس العادية هذه البرامج، ويتم التعرف عليهم من النواحي الجسمية والمعرفية والإدراكية والانفعالية.

وحتى تتم عملية الكشف بفاعلية، يجب أن يتعاون الآباء والمعلمين في ملاحظة سلوك الطفل في كل من المدرسة والبيت، هذا، ويمكن الاعتماد على أكثر من طريقة للكشف عن اضطرابات السلوك، ومن أهم تلك الطرق ما يلي:

1- **تقديرات المعلمين:**

يعتبر المعلم أكثر الاشخاص أهمية في عملية الكشف عن الاطفال المضطربين في سن المدرسة، وقد اشارت دراسات عديدة على أن تقدير المعلم هو من أصدق التقديرات وأكثرها موضوعية، ومع أن المعلمين يعتبرون من أصدق المقدرين، إلا ان الدراسات أشارت إيضاً إلى أن المعلمين كمجموعة، يمكن أن يكونوا متحيزيين، فمثلاً يميل المعلم إلى عدم تحويل حالات الانسحاب الاجتماعي والخجل، لأن مثل هذه الحالات لا تسبب إزعاجاً لهم.

ولا تؤثر بشكل سافر على سير العملية التعليمية، بينما يميل المعلم إلى تحويل حالات السلوك الموجهة نحو الخارج، كالازعاج والفوضى واضطرابات التصرف والحركة الزائدة، لأن ذلك يسبب إزعاجاً للمعلم وتأثيراً مباشراً على سير العملية التربوية داخل الصف، من هنا يجب أن يعطى المعلم تحديداً للمشكلات التي يجب أن يلاحظها في الصف بشكل دقيق دون تركه يتوقع ما نريد، كما إن استخدام قوائم الشطب هي من الاجراءات العامة المألوفة، وهي تتضمن سلوكات محددة، يطلب من المعلم أن يقدر الطالب على هذه السلوكات.

2- **تقديرات الوالدين:**

يعد الوالدين أيضاً مصدر مهم للمعلومات عن اضطراب الطفل، المعلومات من الوالدين يمكن أن تجمع إما من خلال المقابلات أو من خلال قوائم الشطب والاستبانات، ومع أن الوالدين مصدر هام للمعلومات، لكن دقة ملاحظة الوالدين للطفل عليها تساؤلات.

وإن إحدى المشكلات الواضحة في استخدام الملاحظات المباشرة، كمحك لتصديق تقديرات الوالدين هي محدودية ملاحظة السلوك، إن الملاحظين يمكن أن ينسوا، أو أن لا تكون لديهم متابعة للسلوك لفترة مستمرة، كما أن وجود الملاحظ يمكن أن يؤثر على السلوك، وبالرغم من التساؤل عن ثبات تقديرات الوالدين، فإن لهم دور مهم في عملية التحويل.

3- تقديرات الاقران أو الزملاء:

إن تقديرات الأقران تعتبر إحدى الطرائق المستخدمة للكشف عن المشكلات الاجتماعية والانفعالية،

إن نتائج بعض الدراسات أشارت إلى أن الاطفال في المدرسة من كل الاعمار قادرين على التعرف إلى المشكلات السلوكية، ولكن الاطفال في الاعمار الصغيرة، كان من الصعب عليهم معرفة أو تحديد السلوك الطبيعي أو المقبول، ولكن يختلف الامر في حالة الاطفال الاكبر سناً، حيث يصبحون أقل تمركزاً حول ذواتهم، وبذلك يستطيعون ملاحظة دلالات أو إشارات السلوك غير العادي.

كما إن المقاييس السوسيومترية والتي تركز على العلاقات الشخصية والاجتماعية في المجموعة تستخدم لقياس إدراك الطفل، وهي مفيدة في طرق الكشف، وإذا ما فسرت بحذر، فإنها يمكن أن تكون ذات فائدة للمعلم في تخطيط طرق التدخل.

4- تقديرات الذات:

تعتبر تقديرات الذات مصدراً آخر للحكم على تكيف الطفل، فمن خلال تقدير الطفل لذاته يمكن أن يساعد ذلك في التعرف إلى المشكلات التي يعاني منها، وقد أشارت الدراسات بأن تقديرات المعلمين للأطفال المضطربين أفضل عندما يكون السلوك المضطرب موجه نحو الخارج، كالعدوان والتخريب والحركة الزائدة، ولكن التقدير الذاتي يكون افضل في حالة الاضطراب الموجه نحو الداخل الذي يتطلب وصف الذات من خلال المشاعر والاتجاهات والامور الداخلية، وهذه التقديرات مفيدة للأطفال غير المقتنعين بأنفسهم أو الدفاعيين.

إن المرحلة التي تأتي بعد الكشف والتعرف الأولي هي مرحلة التشخيص النفسي والتربوي الذي يقوم به عادة الفريق متعدد الاختصاصات، إذ يتم دراسة حالة الطفل من قبل الاخصائي النفسي والطبيب النفسي والباحث الاجتماعي، بالاضافة إلى إجراء تقييم شامل في الجانب التربوي من قبل المعلم العادي ومعلم التربية الخاصة، وذلك من أجل تحديد إجراءات التدخل المناسبة في الجانبين النفسي والتربوي.

الاتجاهات النظرية العامة في تفسير اضطرابات السلوك

إن الاختلاف في تحديد اضطرابات السلوك وأسبابها وتفسير تشوئها، وبالتالي طرق علاجها يرجع في الاساس إلى وجود أكثر من اتجاه نظري يستند إليه الباحثون، هذه الاتجاهات هي بمثابة النظرية والفلسفة التي يتبناها علماء النفس في تعريف السلوك العادي وغير العادي.

يوجد عدد من هذه الاتجاهات ولكن الاتجاهات التي تعتبر حديثة، وتلاقي قبولاً لدى الكثير من الباحثين هي:

1- الاتجاه البيوفيزيائي Biophysical Approach .

2- الاتجاه الدينامي Psychodynamic Approach .

3- الاتجاه السلوكي Behavioral Approach .

4- الاتجاه البيئي Ecological Approach .

وفيما يلي عرض لهذه الاتجاهات:

1) الاتجاه البيوفيزيائي:

إن تأثير النواحي الفسيولوجية على الشخصية والسلوك كانت قد عرفت منذ القدم، بعض الباحثين أشاروا إلى أهمية الوراثة في تقرير الفروق في الشخصية، كما إن العلاقة بين التغذية واضطرابات الشخصية كانت قد درست في الخمسينات، كذلك العلاقة أو الربط بين التلف العصبي والمشكلات التعليمية كانت قد درست من قبل ستراوس ووينر (Struss & Werner) سنة 1933 الذين طوروا إجراءات تربوية للتدخل مع الأطفال المصابين بتلف في الدماغ.

كما إن العلاقة التبادلية بين النفس والجسم أو بين الجوانب البيوفيزيائية والبيئة معترف بها ومؤكدة ليس من قبل هذا الاتجاه فحسب بل أيضا من قبل الاتجاهات الاخرى في علم النفس، لكن الفرق هو أن الاتجاه البيوفيزيائي يركز على النواحي

البيوفزيائية على أنها السبب الأولي، وإنها هي الجوانب التي يجب التدخل فيها عند معالجة الاضطرابات النفسية.

وبناء على هذا الاتجاه، فإن على المعلم أن يتوقع اختلاف في شخصيات الاطفال وفي تعلمهم وفي سلوكهم وذلك بناء على اختلافهم في النواحي البيولوجية، لذلك يجب أن تعدل البيئة التعليمية، كما إن الاتجاه البيوفيزيائية يعتبر أن السلوك المضطرب هو سلوك مسبب عن عوامل بيوفيزيائية وهذه العوامل ترجع إلى:

1. النواحي البيئية التي تؤثر على النمو.
2. الوراثة.
3. الحوادث والامراض خلال الولادة أو في أي وقت بعدها.

وينادي أصحاب هذا الاتجاه بأن السلوك الذهاني، هو نتيجة لعدم التوازن البيولوجي الكيماوي الذي يؤثر على وظائف الفرد العصبية، مجموعة أخرى من الباحثين وجدوا أن الحساسية أو التحسس من بعض أنواع الطعام أو المأكولات، يمكن أن يؤدي إلى سلوك ذهاني.

ومن هنا، فالنقاط التالية يجب أن يأخذها المعلم بعين الاعتبار:

1. السلوك المضطرب يمكن أن يكون مسبباً بشكل مباشر بالوضع الجسمي غير الطبيعي.
2. الاجراءات والادوات التربوية، يمكن أن تعدل لتعويض المشكلات الجسمية للطلبة.
3. التدخل الطبي يمكن أن يكون ضرورياً، وجزءاً مهماً من خطة التدخل العامة.
4. اخصائيون مثل المعالج المهني، ومعالج النطق وغيرهم يمكن أن يكون لهم دور في التدخل.

معظم التشخيص البيوفيزيائي، يتم من قبل الاشخاص الذين لهم علاقة بالطب.

إن المعلومات التالية عن أهداف التدخل في هذا الاتجاه مهمة بالنسبة للمعلم:

1. ما هي انواع المشكلات التي من المتوقع أن تحدث خلال فترة العلاج.

2. ما هي الاعراض التي يمكن أن تذكر للطبيب مثل الاعراض الجانبية للأدوية، والتدهور في الاداء.
3. ما هو التحسين في صحة الطفل.
4. ما هو وقت الذي يحتاجه الطفل للتحسن.
5. ما هي المحددات الصحية للطفل.

2) الاتجاه الدينامي:

إن أهم مساهمة للنظريات الدينامية الحديثة هو التقليل من الاهتمام بالعوامل البيولوجية المحددة، وزيادة الاعتقاد بقدرة الانسان لتعلم السيطرة على دوافعه، والقيام بسلوك اجتماعي، وعن طريق تعديل الدوافع الداخلية، يمكن تسهيل عملية البناء والتفاعل الاجتماعي والايجابي والتكيف للبيئة.

تعتبر النظرية الدينامية أن القوى الداخلية هي التي تدفع الفرد للقيام بالسلوك، وبشكل عام، فإن دوافع أو غرائز الجنس والعدوان لاقت الاهتمام الاكثر بين الباحثين (نظرية فرويد)، ولكن حديثاً فإن الحب، وتحقيق الذات، والمشاركة، ودوافع أخرى اعتبرت قوى تحرك السلوك (نظريات روجرز وماسلو)، إن معظم أصحاب هذا الاتجاه ينادون بأننا غير واعين على القوى والامور الداخلية التي تؤثر على سلوكنا،

بالاضافة إلى ذلك، فإنه ينظر إلى الشخصية على أنها دينامية تتغير، ثم إن السلوك الذي يظهر بأنه شاذ يمكن أن يكون عادياً للطفل في مرحلة نمائية محددة، كذلك فإن سلوك الطفل في أي موقف، هو دليل على نزعات وحاجات قوية داخلية.

إن أصحاب هذا الاتجاه يفترضون بأن الاطفال المضطربين، يختلفون من حيث الدرجة وليس من حيث النوع عن الاطفال غير المضطربين، فالاضطراب ينظر إليه على أنه صفة عادية ولكنها مبالغ فيها،

والسلوك المضطرب يظهر على أنه ينشأ من عدم التوازن بين نزعات، واندفاعات الطفل وبين نظام الضبط لديه، وعندما يكون الضبط غير مناسب، فإن سلوك الطفل

يصبح عدوانياً، مشتتاً وغير متنبأ به، وعندما يكون الضبط صارماً جداً، فإن الطفل يحاول كف سلوكه باستمرار ويكون غير قادر على التعبير عن نفسه.

لذلك، فإن تكتيكات التدخل تساعد الطفل أن يطور ضبط مناسب لنزعاته، يقوم أصحاب الاتجاه الدينامي بعملية التشخيص وذلك للحصول على المعلومات التي يجب أن تكون مفيدة في تصميم تدخل مناسب، فالاخصائي هنا مهتم بتاريخ الطفل كما هو مهتم بالموقف الحاضر، وعادة ما يشترك بعملية التشخيص أكثر من مختص مثل: أخصائي علم النفس، الباحث الاجتماعي، المعلم، أخصائي الاعصاب وآخرون، تجمع المعلومات من مصادر متعددة حيث يقابل الطفل.

وكذلك والديه ويطلب من المعلم أيضاً أن يشارك بملاحظاته عن سلوك الطفل، ويمكن أن يكون الفحص الطبي مطلوباً في بعض الحالات ومعلومات أخرى يمكن الحصول عليها من سجلات المدرسة، ومن الاختبارات النفسية مثل اختبارات الذكاء والشخصية.

إن أهداف التدخل الدينامي داخلية عن طريق تغيير في مشاعر الطفل عن نفسه وعن الآخرين، وسلوكي عن طريق تغيير في سلوك الطفل، وبيئي عن طريق تغيير في المواقف أو الاشخاص الذين يتفاعلون مع الطفل، فمن الاهداف الداخلية:

1. مساعدة الطفل أن يفهم نفسه، وأن يفهم الآخرين.
2. تحسين فكرة الفرد عن ذاته.
3. مساعدة الطفل أن يكون مستقلا وموجهاً من قبل ذاته.

أما الاهداف السلوكية فهي:

1. مساعدة الطفل في ضبط اندفاعاته السلبية.
2. مساعدة الطفل أن يعبر عن اندفاعاته بطرق مقبولة اجتماعياً.
3. تشجيع الطفل على أن يعبر عن نزعاته الايجابية وأن يطور سلوكاً اجتماعياً مقبولاً.

أما الاهداف البيئية فهي:

1. تزويد الطفل ببيئة مناسبة للتعلم لحل مشكلاته ولتطوير سلوكات إيجابية، واعتماداً على وجهة النظر الدينامية، فإن الاهداف الداخلية والسلوكية والبيئية هي أهداف متداخلة.
2. تزويد الطفل بمصادر انفعالية ضرورية لنموه.

3) الاتجاه السلوكي:

حيث يعتمد هذا الاتجاه على نتائج الابحاث التي توصل إليها علماء نفس التعلم المحدثين، ولكن المبادئ الاساسية لهذا الاتجاه ليست جديدة، أصحاب هذا الاتجاه يعتبرون أن معظم السلوك هو نتيجة لتعلم سابق، ولهذا، فإنهم مهتمون بمعرفة كيف ولماذا يحدث التعلم:

- الاشراط الاستجابي Respondent: الذي هو عبارة عن قدرة مثير محايد أصلاً على استجرار الاستجابة من العضوية نتيجة تكرار اقترات هذا المثير مع المثير الاصلي (بافلوف وواطسن).
- الاشراط الاجرائي Operant (سكنر): تكون فيه العضوية حرة تقوم بالسلوك بشكل إرادي، ولكن توابع هذا السلوك هي التي تحدد احتمال قيام العضوية بالسلوك في المستقبل، فإذا كانت التوابع إيجابية زاد احتمال السلوك، وإذا كانت سلبية قل هذا الاحتمال.
- إن الاستجابات: يمكن أن يتم تعلمها عن طريق ملاحظة نموذج ما، وهذا ما يسمى بالتعلم بالملاحظة أو بالنموذج (نظرية باندورا).

كما إن هناك الكثير من الباحثين في الاتجاه السلوكي الذين لهم مساهمات مفيدة حول تطور هذا الاتجاه وتقدم الباحث فيه، ولكن تبقى أنواع التعلم الثلاث الاشراط الكلاسيكي، والاشراط الإجرائي، والتعلم بالملاحظة أو التقليد هي من أنواع التعلم الأساسية.

كما ينظر إلى الانسان في هذا الاتجاه على أنه عضوية بيولوجية يجب أن تتفاعل مع البيئة من أجل البقاء، ينظر أصحاب هذا الاتجاه إلى السلوك المنحرف أو الشاذ بأنه سلوك متعلم، إن السلوك المنحرف يتضمن منظومة من الاستجابات غير الفعالة في التعامل مع المشكلة أو التي لها تأثيرات جانبية غير مرغوب فيها، إن توابع مثل هذه السلوكات تتضمن عادة الفشل، الانسحاب، الذهول، الخوف، والقلق.

وحيث أن السلوك المنحرف أو الشاذ سلوكاً متعلماً، لذا يجب فحص بيئة الطفل عن كثب. العوامل في البيئة ليس فقط تثير الاستجابات، ولكنها أيضاً تحافظ على إدامة هذه الاستجابات عن طريق تعزيزها، إن الأطفال غالباً ما يتعلمون سلوكاً غير مرغوب فيه وذلك بسبب أن الوالدين أو المعلمين يعززون، مثل هذا السلوك، أو أن الاطفال يفشلون في تطوير سلوكات مناسبة لأعمارهم، بسبب أن هذه السلوكات كانت قد عززت، كذلك يمكن أن يقوم الاطفال بسلوك منحرف أو شاذ بسبب عدم معرفتهم بالذي يجب عليهم القيام به نتيجة المعاملة غير الثابتة أو غير المتوازنة.

ان التشخيص اعتماداً على وجهة النظر السلوكية تشمل عدداً من الخطوات هي:

1. السلوك المستهدف: أي ما هو السلوك المقصود، إذ يجب وصف السلوك بمنظومة من الاستجابات الملاحظة:
   - هل هو نقص في السلوك: هل يفشل في الحدوث عندما يجب أن يحدث، وإذا كان سلوكاً جديداً هل يمكن تجزئة هذا السلوك إلى عناصر صغيرة أو إلى خطوات يسهل تعلمها.
   - هل هو زيادة في السلوك: هل يحدث كثيراً، أو لمدة طويلة، أو تحت ظل ظروف غير مناسبة.
   - عدد مرات حدوث السلوك: تسجيل تكرار حدوث السلوك في الوقت الحالي.
2. البيئة: تتضمن وصف جميع الأبعاد التي لها علاقة بالبيئة:
   - ماذا يحدث مباشرة بعد أن يحدث.

- كم مرة يحدث أو كم مرة يجب أن يحدث.
- أين ومتى يحدث أو يجب أن يحدث.
- ماذا يحدث مباشرة قبل أن يحدث.
- من هم الاشخاص أو الاشياء التي لها علاقة بالسلوك وبأي طريقة تلك العلاقة.
- ما هي احتمالات التعزيز في الموقف.

3. الفرد: هي معلومات محددة عن الفرد، وتشمل:

- ما هي المعززات التي كانت مستخدمة بفاعلية في الماضي.
- ما هي حالات الاعاقة التي يمكن أن تحد من تحقيق الأهداف السلوكية.
- خصائص الفرد، مهاراته، هواياته، إمكاناته التي يمكن أن تساعد في تعديل سلوكه، ويمكن الحصول على مثل هذه المعلومات عن طريق الاختبارات النفسية.

إن التشخيص السلوكي يمكن أن يقوم به أي فرد له ألفة بالموقف وسبق له أن تعلم الملاحظة وقياس متغيرات محددة في المواقف. إن كثيراً من معلمي المدرسة قد تعلموا، مثل هذه المهارات الضرورية لعملية التشخيص السلوكي.

إن الخطوة الاخيرة في عملية التشخيص هو وضع أهداف لعملية التدخل، وفي الاتجاه السلوكي يوجد هدفان:

1. التقليل من حدوث السلوك غير المناسب أو السلبي في موقف ما.
2. زيادة حدوث السلوك المناسب أو الإيجابي في موقف ما.

4) الاتجاه البيئي:

إن الذين يتبنون الاتجاه البيئي يشيرون إلى أن القوى الداخلية والخارجية معاً، يجب أن يعترف بها على أنها قوى أساسية، وأن تفاعل هذه القوى الداخلية والخارجية هو الاساس في حدوث السلوك.

واعتماداً على وجهة النظر البيئية، فإن السلوك هو نتاج التفاعل بين القوى الداخلية التي تدفع الفرد، وبين الظروف في الموقف، وإن تخصص أو ميدان عالم البيئة الاساسي هو الذي يحدد الطريقة التي تفسر بها القوى الداخلية وتفاعلها مع الموقف، فمثلاً عالم الاجتماع البيئي يركز على تأثير المجموعات الاجتماعية والمؤسسات على سلوك الافراد، علماء البيئة الأطباء، ينظرون أولاً إلى العوامل الجينية التي تقرر الخصائص والمزاج لفرد معين، ويحللون التفاعل بين هذا وبين بيئته، أما العلماء البيئيون التحليليون فإنهم يركزون على التفاعل الأسري مبتدئين بالتفسير التحليلي لشخصية الفرد، ويطبقون هذا النموذج على نمط التفاعل بين أفراد الأسرة.

وهكذا، فإن علماء البيئة الانسانيون لا يقدمون نظرية يعتمد عليها في تفسير لماذا يسلك الناس بالطريقة التي يسلكونها، وجميع التأكيدات في هذا المجال هي حول التفاعل بين الفرد وبيئته، وينظر أصحاب هذا الاتجاه إلى الانحراف على أنه عدم توافق بين سلوك الفرد والبيئة مع اختلافهم في التركيز على العوامل البيئية أو التركيز على خصائص الفرد.

من يقوم بعملية تشخيص السلوك المضطرب في الاتجاه البيئي يهتم بجمع معلومات كثيرة عن الطفل وعن البيئة التي يتفاعل فيها، معلومات تتعلق بنمط سلوك الطفل في مواقف مختلفة يتم جمعها، وكذلك تلاحظ الاختلافات بين سلوك الفرد في البيت والجيرة والمدرسة، كذلك يحاول المهني في هذا الاتجاه أن يحدد المطالب السلوكية لكل موقف.

تقسيم الاضطرابات

1- الاضطرابات الوظيفية: سلس البول، مص الاصابع، قضم الأظافر، فقدان الشهية أو الشراهة، الارق.

2- الاضطرابات الذهنية: الحالات التي ينتج عنها قصور في الانتاج الفكري، كالكبت الفكري، عدم القدرة على التركيز، اضطرابات الذاكرة، وهذا كله يؤدي الى التأخر الدراسي، والهروب من المدرسة.

3- الاضطرابات السلوكية: الكذب، الاختلاس، العدوانية، اضطراب السلوك الجنسي.

الاضطرابات الوظيفية:

تشتمل على الاضطرابات الوظيفية:

أ- سلس البول أو التبول اللاارادي:

حيث كثيراً ما نجد الأطفال يتبولون في أثناء نومهم بالليل في سن كان ينتظر منهم فيها ان يكونوا قد تعودوا ضبط جهازهم البولي، وسن ضبط جهازهم البولي تقع بالتقريب في الثالثة من العمر، ولو أن بعض الأطفال يضبطون قبل سن الثانية، وإذا استمر الطفل يتبول وهو نائم إلى ما بعد الرابعة، فعلى الآباء أن يفكروا جديا في الأمر.

أنواع السلس البولي

1- السلس الأولي: وهو عندما لم يمر الطفل بمرحلة جفاف، وقد تجاوز سن الثالثة من عمره.

2- السلس الثانوي: عندما نجد بأن الطفل قد مر بمرحلة جفاف، ومن ثم افتقدها.

ومن الممكن أن يكون سلس البول مرحلي، يحدث عند حصول تغيير معين في المحيط أو في نمط العيش، يشعر حينها الطفل بفقدان أهله له، وفقدان الامان فيقرر عندئذ لفت الانتباه نحوه.

اسباب حدوث السلس البولي

1 - الاسباب الجسمية:

ان الواجب الأول في دراسة حالات التبول اللاارادي هو الفحص الجسمي الدقيق الشامل، فقد يكون هناك أسباب جسمية عامة، كفقر الدم أو الاضطرابات العصبية العامة، وقد يكون هناك أسباب جسمية محلية كائنة في الجهاز البولي كالكليتين أو المثانة أو مجرى البول.

2 - **الأسباب النفسية:**

يرجع التبول اللاإرادي إلى عوامل نفسية، أهم عنصر فيها هو عنصر الخوف، سواء أكان قائماً بذاته أم داخلا في تكوين انفعالات مركبة، وقد يكون الخوف قائما بذاته، كما في الخوف من الظلام أو من الحيوان أو من التهديد أو بعد سماع قصة مزعجة أو غير ذلك، وقد يدخل الخوف في تركيب انفعال آخر كالغيرة.

وليس من السهل إرجاع حالة التبول اللاإرادي إلى عامل عائلي واحد كظهور مولود جديد في الأسرة أو وفاة شخص عزيز أو غير ذلك، بل نجد أنه يترتب على تغير الجو الذي يسود البيئة التي يعيش فيها الطفل، وفقد ثقته بنفسه وخوفه على مركزه، مما يسبب له أحلاماً مزعجة في أثناء الليل يصحبها أحياناً فقدان القدرة على التحكم في ضبط عضلات الجهاز البولي.

علاج حدوث السلس البولي

1- يجب التأكد من سلامة الجسم من كل ما يحتمل أن يكون عاملاً فعالاً او مساعداً في عملية التبول هذه، ولهذا يجب فحص حالة الجسم العامة والمحلية فحصاً دقيقاً، ويجب تحليل البول والبراز والدم لهذا الغرض.

2- عدم اعطاءه سوائل ثلاث ساعات قبل النوم.

3- اعطاءه حصة كافية من الحنان مع عدم ولدنته، وعدم توبيخه

4- تحسين حالة البيئة التي يعيش فيها الطفل، حيث يجب أن يكون الطفل مطمئناً.

5- ايقاظه في منتصف الليل من أجل التبول.

وإذا أصبح السلس في البول مشكلة مزمنة، فهذا يستدعي علاج أعمق.

ب- مص الأصابع:

ان كثيراً ما تظهر هذه المشكلة منذ الأسابيع الآولى، وفي الأشهر الأولى يمكن النظر إلى مص أصابع اليد أو الرجل كأنه عملية عادية يقوم بها كل طفل تقريباً، ويشتق منها لذه وفي إجرائها شيْء من المهارة فمن المهارة بالنسبة للطفل الصغير تحريك يده أو رجله

ووضعها في فمه دفعة واحدة دون أن يخطىء الهدف، ولكن الخطورة في استمرارها والإصرار عليها عند التقدم في السن، وبعض الأطفال يظلون يمصون أصابعهم إلى سن الثانية عشر، وضرر الإستمرار في هذه العادة يتلخص في أمر واحد، وهو أنها أسلوب لنشاط لا يؤدي إلى نتيجة إيجابية ملموسة، وإن كان مص الأصابع عاملاً مساعداً، يسهل معه الإغراق في أحلام اليقظة شأنه من ذلك شأن جميع الأعمال التكرارية غير المنتجة. ويلاحظ أن الطفل الصغير عند ممارسته مص الأصابع يكون سعيدا ويمارسها على فترات، أما الطفل الكبير فيبدو عليه، وهو يمارسها أنه غير سعيد وتجده يكب عليها باستمرار مثله في ذلك مثل المدمنين لتعاطي المكيفات، ونجد أن الطفل الكبير عند ممارستها مثله في ذلك، مثل المدمنين لتعاطي المكيفات، ونجد أن الطفل الكبير عند ممارستها يكون بعيداً عن الصلة بهذا العالم الواقعي، كما أن مص الأصابع يحدث تشوهاً في شكل الأ سنان وشكل الأصابع.

علاج مص الأصابع

1- شغل الطفل بعمل مشوق منتج وذلك بتشجيعه على توجيه أوقات فراغه في ممارسة اللعب أو العمل الذي يشغل يده وفمه أو كليهما.
2- إزالة الأسباب النفسية التي تكمن وراء العصبية، بإزالة الخوف والقلق وتأمين الجو المناسب لإشباع الحاجات الأساسية للطفل، مثل الحاجة إلى الأمن والعطف والحرية.
3- تحبيب الطفل في أنواع النشاط الممتعة التي تستوعب بقدر الإمكان وقته.
4- إبعاد السخرية بالشخص المصاب بمزاولة هذه العادة، وإظهاره بمظهر المنحرف الشاذ فإن ذلك يضاعف في نفسه شعور الخيبة، ويزيد من استسلامه للعصبية.
5- يمكن اللجوء مع الوسائل المتقدمة إلى الطريقة المعروفة بطريقة التذكير وتتلخص في الإتفاق مع الشخص المريض على تذكيره بالإقلاع عن العادة في حالة النسيان. غير أن هذا التذكير لا يجب أن يأخذ صورة العقاب أو التأنيب.

جـ- قضم الأظافر:

هو أسلوباً من أساليب النشاط الشاذ الذي لا يؤدي إلى نتيجة إيجابية، فهو لذلك نمط إنسحابي يبعد صاحبه عن مجابهة الواقع ويساعده على الإستغراق في السرحان وأحلام اليقظة وعدم التركيز، والإنفعال المصاحب لقرض الأظافر هو انفعال الغضب الذي ينشأ من حالة التوتر القلقي، لذلك تزداد هذه العادة، كلما قابلت الشخص صعوبات نسبية تتحدى قدرته، فهو على الرغم من أنه أسلوب انسحابي، إلا أنه يتميز بالشدة ويتم بالقوة، أما جذوره فهي ترجع في جملتها إلى أسباب انفعالية قد تكون حادة تعبر عن نفسها بالحركات العصبية التي يصحبها عدم الاطمئنان، وتحركها دوافع الخوف، مما يجعل المصاب في حالة عدم استقرار.

وأول ما يخطر على الذهن هو نوع العلاقات التي تسود الجو الذي يعيش فيه الشخص، ولذا تتم دراسة علاقة الطفل بوالديه ومدرسيه وزملائه، فعلى سلامة هذه العلاقة يتوقف إلى حد كبير شعوره بالسعادة، وتوفر ثقته فيمن حوله، ومن ثم كان من الضروري تهيئة الجو المناسب الذي يشبع الحاجات الأولية للطفل.

علاج قضم الأظافر

1- شغل الطفل بعمل مشوق منتج وذلك بتشجيعه على توجيه أوقات فراغه في ممارسة اللعب أو العمل الذي يشغل يده وفمه أو كليهما.

2- إزالة الأسباب النفسية التي تكمن وراء العصبية، بإزالة الخوف والقلق وتأمين الجو المناسب لإشباع الحاجات الأساسية للطفل، مثل الحاجة إلى الأمن والعطف والحرية.

3- تحبيب الطفل في أنواع النشاط الممتعة التي تستوعب بقدر الإمكان وقته.

4- إبعاد السخرية بالشخص المصاب بمزاولة هذه العادة، وإظهاره بمظهر المنحرف الشاذ فإن ذلك يضاعف في نفسه شعور الخيبة، ويزيد من استسلامه للعصبية.

5- يمكن اللجوء مع الوسائل المتقدمة إلى الطريقة المعروفة بطريقة التذكير وتتلخص في الإتفاق مع الشخص المريض على تذكيره بالإقلاع عن العادة في حالة النسيان. غير أن هذا التذكير لا يجب أن يأخذ صورة العقاب أو التأنيب.

د- اللجلجة:

أن النطق من أهم وسائل الإتصال الإجتماعي، وعملية النطق عبارة عن نشاط يفصح فيه الفرد عن نفسه في التوافقات العصبية التي يشترك في إدائها مركز الكلام في المخ، وتقوم هذه التوافقات بتحريك العضلات، وهذه تقوم بدورها بإخراج الأصوت، أما الرئتان فإنهما تقومان بعملية تعبئة الهواء وتنظيم اندفاعه، ليمر على الأوتار الصوتية داخل الحنجرة والفم والتجويف الأنفي، وهنا تحدث التشكيلات الصوتية التي نطلق عيها اسم (الكلام).

وليست عملية النطق من العمليات البسيطة، فهي تحتاج إلى مرانٍ طويل يبدأ بولادة الطفل عندما يعبر عن حاجاته الأولية بالصراخ، ثم الضحك ثم المناغاة وهكذا يستمر في تجربة الكلام حتى ينجح في إخراج الأصوات المفهومة، غير أن هناك أسباباً عضوية ونفسية تقف أحياناً في سبيل التقدم الكلامي للأطفال وتحدث اختلالاً في التوافق الحركي بين أعضاء النطق، مما يشكل خطراً مرضياً على صحتهم النفسية وصحتهم الإجتماعية أيضاً

كما ان اللجلجة عيب كلامي يتعرض له الأطفال والكبار كذلك، اما أسبابها فكثيرة ومعقدة، وقد بحثت حالات لبعض المصابين بداء اللجلجة فوجد أن الإستعداد الطبيعي يضعف نتيجة لما توحي به البيئة من مشاعر الخوف وفقدان الأمن، وتعود أسباب اللجلجة الى عللاً جسمانية معينة، وفي بعض الحالات وراثية، وقد تحدث اللجلجة نتيجة مفاجأة أو ضربة غير متوقعة.

علاج اللجلجة

- العلاج النفسي: يهدف الى ازالة اسباب التردد و الخوف واحلال الثقة والجرأة محلهما.
- العلاج الكلامي: يهدف الى معاونة المصاب على التغلب على عيوب نطقه، من أهم هذه الطرق طريقة الاسترخاء الكلامي والتمرينات الايقاعية، وطريقة تعليم الكلام من جديد.

هـ- فقدان الشهية والشراهة:

هم كلمتان متناقضتان لكنهما وجهان لعملة واحدة حيث أنهما يعبران عن حالة نفسية واحدة، فهي تعبير عن تعويض للنقص العاطفي الذي غالباً ما ينتج عن اضطرابات عميقة، بالعلاقة مع الأم أو من ينوب عنها. يشعر الطفل حينها بفراغ عاطفي عميق يجعله اما يفرط في الاكل "لتعبئة نفسه" واما يضرب عن الطعام، فيعاقب والدته ويعاقب نفسه لوجوده حياً.

ومن العلاج يكون علاجاً نفسياً، وذلك بتحسين العلاقة مع الأم أو من ينوب عنها ثم علاجاً غذائياً.

و- الارق:

من طبيعي أن يستيقظ الطفل في الليل خلال السنة الاولى من الحياة، لكنه في السنة الثالثة والسادسة من العمر يشهد عودة لعدم اللاستقرار في نومه وكأنه يرى كوابيساً، كل هذا أمر طبيعي لأن الطفل يواجه في حياته اليومية تغيرات سريعة عليه التأقلم معها بسرعة، كالدخول إلى المدرسة، قبول القواعد الاجتماعية.

وهنالك عدة أنواع من الأرق، منها الأرق الهادئ والأرق الباكي والصاخب.

علاج الارق

- انارة المكان وتخصيص الطفل بغرض ينام معه يذكره بالراشد الذي يحبه، ويهتم به.
- مرافقة الطفل خلال أرقه بوجود فعلي إلى جانبه دون الافراط.

- اعطاء الطفل حاجته من الحنان والشعور بالطمأنينة

2- الاضطرابات الذهنية:

إن عدم القدرة على التركيز، اضطرابات الذاكرة، تدهور الانتاج المدرسي هي عوارض مألوفة، لكنها لا تتلخص بوضعية واحدة، وهي موجودة في عدد كبير من الاضطرابات النفسية:

1. القصور العاطفي:

نعني بالقصور العاطفي حالة يكون فيها الطفل قد حرم في العاطفة اللازمة لتطوره، فلقد أصبح واضحاً، ومعلوماً بان التطور الفكري مرتبط ارتباطاً وثيقاً بالمناخ العاطفي والتربوي المحيط بالطف، فإن لم يحظ بهذا الاهتمام لن يستطيع تكوين صورة ايجابية وواضحة وسليمة للعالم المحيط به، نلحظ عندئذ صعوبات:

1- استيعاب مفاهيم الزمان والمكان.

2- فقر في اللغة والابداع.

3- صعوبة في استيعاب المفاهيم المنطقية.

4- صعوبة في التفكير الرمزي.

2. التأخر الدراسي:

التأخر الدراسي مشكلة تربوية اجتماعية يقع فيها التلميذ، ويشقى بها الآباء والمدرسون في المنزل والمدرسة.

أسباب التأخر الدراسي

1- العوامل الذاتية:

تنقسم إلى:

(أ)- العوامل العقلية:

قد يرجع التأخر الدراسي إلى ضعف الذكاء العام للطفل والذكاء هو القدرة العقلية الفطرية المعرفية العامة، أو هو العامل المشترك الذي يدخل في جميع العمليات

العقلية التي يقوم بها الإنسان، وهذا العامل يُعَّد من أقوى أسباب التأخر الدراسي، ومن أكثرها ارتباطاً بالتحصيل المدرسي والفروق الفردية بين التلاميذ.

أما القدرة الخاصة فهي إمكانية نمط معين من أنماط السلوك المعرفي، ويظهر أثر القدرات الخاصة في حالات تأخر التلميذ في مادة مع تقدمه في باقي المواد.

(ب)- العوامل الجسمية:

1- اضطراب النمو الجسمي وضعف البنية والصحة العامة والأمراض الطفيلية والمزمنة واضطراب إفرازات الغدد.

2- العاهات الجسمية، مثل حالات ضعف البصر الجزئي، وكذلك طول البصر وقصره وعمى الألوان، وحالات الاضطرابات كعدم التوافق الحسي والحركي.

3- حالات الاضطراب التي تصيب اللسان وأجهزة الكلام، مما يسبب صعوبة النطق ويؤدي إلى معايرة التلاميذ والشعور بالنقص.

(ج)- العوامل الانفعالية:

قد يرجع التأخر الدراسي إلى بعض المؤثرات الانفعالية، فالطفل شديد الحياء أو الطفل القلق غير المستقر يجد عادةً صعوبة كبيرة في التكيف مع جو المدرسة.

2- العوامل المدرسية:

تتخلص فيما يلي:

1- سوء توزيع التلاميذ على الفصول من غير مراعاة التناسق والتجانس في التوزيع، كأن مثلاً يجابه المعلم بمشكلة الطلاب سريعي التعلم والطلاب بطيئي التعلم، وتكون النتيجة أن جميع تلاميذ الفصل على اختلافهم يشعرون بالحرمان، ويلتمسون الإشباع الذي يعوضهم ذلك النقص في نواحي أخرى قد تكون التمرد والعبث والهروب من المدرسة لأنهم فقدوا الحافز، وهو من العوامل الهامة في التحصيل في المدارس.

2- عدم الانتظام في الدراسة، فالتلميذ الذي تعَّود التأخر والغياب يكون عُرضة للتأخر عن زملائه في التحصيل.

3- كثرة تنقلات المدرسين وعدم استقرارهم عامل من عوامل ازدياد المشكلة تعقيداً.

4- الإدارة الدكتاتورية والتنظيم السيء بالمدرسة يؤثر في سير التلميذ الدراسي.

5- المدرسة وسيلة لنمو التلميذ في جميع نواحية الجسمية والعقلية والخُلقية. فطريقة التدريس والنشاط المدرسي ونظم الامتحانات والمنهج والإدارة المدرسية، لا بد أن تكون جميعها متمشية مع أهداف التربية الحديثة، مراعيةَ لميول التلاميذ واستعدادتهم مبنية على التفكير العلمي الصحيح للفورق الفردية بين التلاميذ.

3- العوامل المنزلية:

يمكن ان نوجزها فيما يلي:

(أ) مستوى الأسرة الاقتصادي:

قد يكون التطرف في المستوى الاقتصادي، سواءً أكان فقراً أم ترفاً، من أقوى أسباب التخلف الدراسي إلا إذا كانت التربية سليمة تعتمد المراقبة والمحاسبة.

(ب) المستوى الثقافي للأسرة:

التلميذ الذي ينشأ في أسرة جاهلة لا تهتم بمواظبته على المدرسة، ولا تهيئ له الجو المناسب للاستذكار غير التلميذ الذي يجد جواً ثقافياً في المنزل وعناية بالواجبات المدرسية، وحرصاً على تزويده بثقافات معينة، ومتنوعة في الصحف والمذياع والمجلات والمكتبة المعدة له.

(ج) الجو المنزلي:

نقصد به ما يسود المنزل من علاقات قد تكون لها أثر في حياة الأبناء، كاضطراب الحياة المنزلية وكثرة المشاحنات والخلافات، وكاستبداد الآباء والتفرقة في معاملة الأبناء،

وغير ذلك مما يكون سبباً في بعث جو من القلق والاضطراب يؤثر في حياة التلميذ المدرسية، بل يؤدي إلى التأخر الدراسي.

علاج التأخر الدراسي

1- في المنزل:

- أن يسود جو الطمأنينة المنزل
- تأمين الجو الدراسي المناسب في المنزل
- التقرب من الطفل ومساعدته في حل مشاكله
- إعطاء الطفل الوقت اللازم للعب وذلك بتنظيم برنامج الدرس معه.

2- في المدرسة:

أولاً: الاهتمام بالفروق الفردية بين التلاميذ ووضعهم في فصول متجانسة من حيث السن والذكاء والقدرة التحصيلية.

ثانياً: الاهتمام بالتوجيه التربوي أي مساعدة الفرد بوسائل مختلفة، لكي يصل إلى أقصى نمو له في مجال الدراسة.

ثالثاً: الاهتمام بالنواحي الصحية وذلك بفحص التلاميذ فحصاً شاملاً.

رابعاً: الاهتمام بالنواحي الاجتماعية، وذلك بتعاون المنزل والمدرسة.

خامساً: يجب الإقلال من عدد تلاميذ الفصول الضعيفة لحاجتهم إلى زيادة الجهد وبذل المعونة، والاهتمام الفردي بالتلاميذ، ويجب اختيار أمهر المدرسين، ليقوموا بالتدريس في هذه الفصول.

سادساً: أن تعمل المدرسة على تهيئة الجو المدرسي الصالح.

سابعاً: الاهتمام بإعادة النظر في المناهج والعناية بطرق التدريس وإعداد المعلمين.

3- الهروب من المدرسة:

للهروب من المدرسة أسباب كثيرة منها ما يأتي:

1- عدم راحة التلميذ في المدرسة وعدم إشباعها لحاجاته وميوله وعدم انسجامه مع نشاطها وكرهه لها أو لبعض معلميها أو لمادة من المواد.

2- قد تكون الأسرة سبباً في هروب الطفل: فمثلاً قيمة المصروف الذي يأخذة الطفل ومقارنته مع مصروف تلميذ آخر معه في الصف، أو رداءة ملبسه أو عدم اهتمام أهل الطفل بذهابه إليها.

3- قد يهرب التلميذ مع جماعة من رفاقه ويذهبون إلى دور السينما أو إلى الشوارع للعب، أو يتخذ من رفاق السوء وأوكارهم مأوىً له.

ولعلاج هذه الظاهرة يجب على المدرسة أن تُهَّيء امكانياتها ومناهجها وطرق التدريس بها، كي تشجع وتُشَّوق الأطفال وتحببهم فيها، بالإضافة إلى المعاملة الحسنة من المعلمين وتقديرهم ومحبتهم للطفولة.

4- الجناح أو الجنوح: هي ظاهرة الجنوح تعبر عن نفسها في الميل المتطرف الى العدوان والتخريب والانتقام والميل للتحدي وتعكير الجو واحداث الفتن، وأخيراً الميل الى الكذب والسرقة ومعارضة السلطة.

الأسباب النفسية للجنوح

1- من الأسباب النفسية شعور الحدث بالخيبة الإجتماعية، وإحساسه بالإخفاق المتكرر في محاولات النجاح.

2- الضعف العقلي، وهذا يُعد من الأسباب الشائعة التي تدفع الحدث إلى الجنوح.

الأسباب التربوية للجنوح

تأتي بعد ذلك الأسباب التربوية، وهذه لا يمكن فصلها عن تلك فصلاً تاماً، غير إنها ترجع في جملتها إلى خطأ في تربية الأولاد، وسوء فهم لحاجاتهم واستعدادتهم، ومن أهم هذه الأسباب ما يلي:

1- عجز المدرسة عن اجتذاب التلاميذ نحوها وتهيئة الجو المناسب لإشاعة السعادة في نفوسهم.

2- التغير في السلطة الضابطة وعدم ثباتها، وذلك كأن يتذبذب الآباء في معاملة أولادهم، يقسون عليهم حيناً، ويلينون حيناً آخر دون أن تكون هناك قواعد خُلقية ثابتة يسيرون على هديها.

3- المبالغة في تقييد الحرية والتدخل المستمر في الشؤون الخاصة بالصغار.

4- شعور الحدث بمُحاباة ذوي السلطة لغيره، وتفضيل ذلك الغير عليه، وكذلك الموازنة المؤدية إلى حرمانه من الإمتيازات التي يوقعها.

5- فشل البيت أو المدرسة أو المجتمع في إشباع حاجة الأطفال إلى الإطمئنان وحاجتهم إلى السلطة الضابطة وحاجتهم إلى التنفيس عن الرغبات والدوافع.

الأسباب الإجتماعية للجنوح

أما الأسباب الإجتماعية فإنها لا تقل أهمية عن الأسباب النفسية والتربوية لأنها تقوم بدور العامل المساعد وتُمثل الوقود المؤجج لنار المشكلة وهذه تتلخص في الآتي:

1- الحالة الاقتصادية لأسرة الحدث.

2- العلاقة الإنسانية التي تسود جو الأسرة.

3- التيارات الخارجية التي يعيش في خضمها الحدث.

طرق علاج الجنوح

للمعالجة فتتوقف على دراسة المسببات وعلاجها وتقوية الثقة بالنفس لدى الحدث، فمن هنا أهمية العمل على:

- تحديد مستوى وقدرات الفرد في كل مادة كي لا يطلب من الشاب أو الطفل مجهود لا يتناسب وامكانياته يضعه أمام فتل جديد.
- خلق علاقات سليمة ومتينة.

- اعطاء المعلومات والاعمال المدرسية بتدرج.

3- الاضطرابات السلوكية:

1- العدوانية:

ان الطفل العدواني هو الذي لم يستطيع منذ البدء اختبار علاقات صميمة واحترام بينه وبين افراد عائلته، فالوسيلة الاساسية للاتصال كانت دوماً العنف، الكبت، الحرمان، عدم استقرار العلاقات الانسانية والامكنة، فهذا الطفل ينشأ على هذا المنحى من السلوك، إذ لم يعتد التعبير الكلامي الهادئ، أو الحوار الايجابي لحل المشاكل، وفي هذا الاطار لم يستطع الولد إيجاد صورة ايجابية عن نفسه تجعله يفتخر بذاته وببيئته بل يعيش مشاعر الذل والاذى والثورة على المحيط، وعلى من يمثل السلطة.

علاج العدوانية

- تشجيع التعبير الكلامي الصريح.
- انخراط الولد في مجموعات تربوية صغيرة.
- وضع اسس علائقية سليمة وواضحة لا تتأثر بالمشاكل أو المشادات العاطفية.
- اذا اضطر العقاب عليه أن يعطي بعداً إيجابياً للفرد وللمجموعة، ولا يكون عملية اذلال وتحطيم.

الكذب:

لا يُعتبر الكذب عرضاً مرضياً إلا إذ تكرر وأصبح عادة للطفل، يعتبر الكذب مشكلة بعد سن السابعة عندما يكون الولد قد فهم القواعد الاجتماعية، وهو يتخذ أشكالاً مختلفة تخدم أغراضا مختلفة أيضاً، والواقع أنه لا يجب أن نطلق على الطفل تسمية الكذاب حتى لا نعزز هذا المفهوم لديه، كذلك يجب أن لا نتغاضى عنه بل إنه من الواجب أن نصحح له من دون أن نشعره بالعار، أما أشكال الكذب فهي:

1- ألكذب الادعائي: هو يحدث عادة عندما يبالغ الطفل في وصف تجاربه الخاصة، فيجعل من نفسه بطلاً ينتزع الإعجاب، ويهدف هذا النوع إلى

إحداث السرور في نفس السامع، وبذلك يتحقق لدي الطفل إشباع حيله إلى السيطرة وتأكيد الذات.

2- الكذب الخيالي: يظهر هذا عند الاطفال نتيجة لقفزات خيالية في تصوراتهم، الواجب هو أن نكشف في الأطفال هذه القوة الخيالية ونوجهها وجهة صالحة.

3- الكذب الأناني: حيث يكذب الأطفال رغبة في تحقيق هدف شخصي، وعلاج هذا النوع يتحقق عن طريق توفير الثقة المفقودة بين الصغار والكبار، وجعل الطفل يعتقد أن هناك عطفاً عليه من الكبار يدفعهم دائماً لتحقيق العادل من مطالبه.

4- الكذب الإنتقامي: يحدث نتيجة للإنفعالات الحادة التي يتعرض لها الطفل، ويغلب هذا النوع عند الأطفال الذين يحسون بالغيرة والغبن وعدم المساواة في المعاملة، و يتركز علاجه حول بناء الثقة في النفس والعدالة في معاملة الاطفال.

5- الكذب الوقائي: يظهر عندما يكذب الطفل خوفاً مما يقع عليه من عقوبة.

6- كذب التقليد: هو الذي يكذب فيه الطفل تقليدا لمن حولهم.

7- الكذب العنادي: هو الذي يحدث نتيجة للإرتياح الذي يجده الطفل في تحدي السلطة، خاصةً عندما تكون هذه السلطة قليلة الحنو، وشديدة المراقبة في بيئة تتميز بالشدة والتعسف والقسوة.

علاج الكذب

هناك أصولاً عامة يمكن أن يسترشد بها الآباء والمدرسون هي:

1- لا بد من التقليل من الميل إلى علاج الكذب بالضرب أو السخرية.

2- لا بد من أن نتأكد من نوع الدافع للكذب.

3- يجب تشجيع مُخيلة الطفل عن طريق قراءة الشعر والقصة، ومن المهم أيضاً أن يتصف الكبار المحيطون بالطفل بالصدق، ويُظهروا إعجابهم واحترامهم للصادقين في أقوالهم وأفعالهم، فالطفل ميال إلى التقليد والمحاكة لمن حوله.

4- لا بد من أن نتأكد مما إذا كان الكذب نادراً أو متكرراً.
5- ينبغي أن نُجنب الطفل الظروف التي تُغري على الكذب وتُشجع عليه.
6- يجب إشباع حاجات الطفل الرئيسية، مثل حاجاته إلى الأمن والإطمئنان، وحاجته إلى الثقة فيمن حولة.
7- يجب توفير أوجه النشاط والهوايات للأطفال، وإعطائهم فرصة التعبير عن ميولهم ومواهبهم والتنفيس عن انفعالاتهم.

3- السرقة:

ان الأمانة أمر يكتسب ولا يورث وهي من خصائص الخُلق التي يُعلق عليها المجتمع أهمية كبيرة، تعتبر السرقة مشكلة بعد سن السابعة عندما يكون الولد قد فهم القواعد الاجتماعية، فسرعان ما يتعلم الطفل بخبرته أن كثيراً من الأشياء مُحًّرمٌ عليه، غير أن سبب التحريم وسبب النتائج السيئة التي تلحقه لو أنه حصل على هذه المحرمات فأمرُ لا يُدركه إلا قليلاً، ومن ثُم كانت خشية السخط والخوف من العقاب في مطالع حياة الطفل هو العامل الوحيد الذي يردع صغار الأطفال عن السرقة.

والواقع أنه لا يجب أن نطلق على الطفل تسمية السارق، حتى لا نعزز هذا المفهوم لديه، كذلك يجب أن لا نتغاضى عنه بل إنه من الواجب أن نصحح له من دون أن نشعره بالعار، ولكن ينبغي أن يواجه الآباء الموقف بجلاء وصراحة ويُذْركوا أنه إذا كان الطفل قد نما من الناحية العقلية والاجتماعية، فإن اعتداءه على أملاك غيره سوف يوصم باسم السرقة أمام الناس.

وليس أجدى في تحقيق الأمانة من احترام حقوق الطفل فيما يملك من أدوات، ومن تخوبله حق التصرف المشروع في ذلك ما استطعنا، ولا ينبغي أن نتصرف في شيء من ما يملكه دون رضاه وموافقته.

وينبغي بالطبع أن نشجعه إلى مشاطرة لعبه مع الآخرين من الأطفال، ويعتمد الأطفال على البيئة التي يعيشون فيها في تكوين موقفهم الخُلقي، فحيثما وجدنا في الآباء ميلاً إلى التعدي على حقوق الآخرين، وجدنا أبناءهم على هذا النحو ينشأون.

وكثيراً ما يبدأ مثل هـذا السلوك، في البيت بأن يسطو الطفل على الطعام أو الحلوى، وإذا تَيَسَّرَ عليه الحصول على الشيءفي محاولته الأولى لإشباع رغبته فقد يلجأ إلى استخدام تلك الطريقة لسَّد كثير من حاجاته، ومن ثّم ينمو فيه على مرَّ الزمن ميلٌ إلى عدم الاهتمام بحقوق الآخرين فيما يملكون.

وقد تدفع الغيرة إلى السرقة من طرق غير مباشرة، وأهم ما ينبغي عمله لحل هـذه المشكلات هو أن نقف على الغاية التي تحققها السرقة في حياة الطفل الانفعالية، وأن نبذل ما استطعنا من جهد لعون الطفل على اشباع هذه الرغبة الانفعالية على وجه يرضاه هـو ويقبله المجتمع، سواء أكانت السرقة مجرد وسيلة نحو غاية يعمل الطفل على تحقيقها أم كانت غاية في حد ذاتها.

وكذلك لا ينبغي تهوين الذنب أو العمل على إخفائه حماية للطفل أو لسمعة أهله، وأنه ينبغي كذلك عدم إذلاله بل تشجيعه على مواجهة المشكلة في صراحة وجرأة ووضوح، مع التفهيم والنصح والإرشاد. وعندما يكون الطفل في سن الروضة وما دون لا نقول له لقد سرقت، ولماذا سرقت؟ بل نقول له أعتقد أنك وضعت هـذا الشيء في جيبك خطأً لأنه ليس لك، إنتبه في المرة الأخرى.

وأخيراً، تجدر الإشارة إلى أن البيئة تعتبر من أهم الأسباب التي تمهد للطفل سبيل الحياة الذي يسلكه، فإما سليماً صالحاً، وإما مُعوجاً شاذاً أيضاً، فإن للتربية، وهي ما يُلقن للطفل من نصائح وإرشاداً، وما يتلقاه في بيئة من تجارب وتعاليم أثر واضح في تكوين نفسيته، وبالتالي في توجيهه إلى السواء أو الشذوذ والانحراف.

ان الكذب والسرقة في حالة الجنح: عملية واعية ومخطط لها، لا يشعر الولد بعدها بالذنب بل يلوم محيطه الذي حرمه أشياء كثيرة، فهنا أهمية العلاج النفسي التربوي الاجتماعي.

الغيرة:

تسبب الغيرة في مقتبل العمر كثيراً من أشكال الصراع الخفية، وهي أمر كبير الخطر من الناحية الإجتماعية، إذ إنها لا تثير في الطفل الغضب والحقد والشعور بالقصور فحسب، بل إنها تؤثر في مستقبل الحياة أثراً مقيماً يدفع إلى دوام الخلاف بين الفرد وبيئته، ونعني بالغيرة ذلك الشعور الكريه الذي ينتج عن أي اعتراض أو محاولة، لآحباط ما نبذله من جهد للحصول على شيء مرغوب، والغيرة بين السنة الأولى والخامسة من العمر إنفعال سوي شائع بين كثير من الأطفال غير أنه كثيراً ما يتطرف هذا الإنفعال ويطغي على الشخصية طغياناً يؤدي إلى عسر شديد في توافق الفرد والمجتمع الذي يعيش فيه.

وليس هناك من هو أكثر شقاءً من الطفل الغيور فقد ظن أنه أخفق في الحصول على الوقت وارعاية والعطف من شخص هو مولعٌ به ولعاً كبيراً، وهذا النوع من الإخفاق حقيقياً كان أم غير حقيقي يحط من عزة النفس، فإذا بالصغير يستشعر بالقصور، ويظن نفسه أنه عاجزاً عن مواجهة أي موقف يتطلب جانباً من الثقة بالنفس، فإذا به يتخبط في بحثه عن طريقة يجمع بها شمل نفسه، فيتراجع متقهقراً عن المعركة التي قامت عليها الغيرة ومن ثم يصبح خجولاً هياباً أو غضوباً ثائراً، ومن الراجح أنه لا يدري علة ضيقه، والغيرة أساس لمعظم السلوك الذي يتسم بالغرابة والشذوذ، فالطفل الغيور لا يستقر على حال، يجتر أحزانه ويبالغ فيها، حتى يؤدي به شعوره إلى الظن بأن الدنيا بأجمعها تعمل ضده، فيكون مصدراً لنكد أهله وينبوعاً لخطر كامن مقيم، لأن الغضب والحنق الذي ينبعث من الغيرة قلما يكون قصير الأمد، هذا إلى ما هناك من خطر في إغفال بعض العوامل الأساسية في هذه المشكلة الإنفعالية.

الفصل الثاني

الإعاقة العقلية والحركية

الفصل الثاني

الإعاقة العقلية والحركية

تعريف الإعاقة العقلية

أن تعريف الإعاقة العقلية مر بمراحل عديدة، وسوف يظل في حالة تطور مستمر، وذلك لتأثره بنظرة المجتمع واتجاهاته نحو هذه الظاهرة، ويمكن تقسيم تعريف الإعاقة العقلية كالآتي:

1- **التعريف الطبي (Definition Medical):**

تحدث الإعاقة العقلية بسبب عدم اكتمال عمر الدماغ عند الفرد، وذلك لإصابة المراكز العصبية قبل أو بعد الولادة.

2 -**التعريف السيكومتري (Psychometric Definition):**

اعتمد التعريف السيكومتري على نسبة الذكاءI) ، (Qكمحك في تعريف الإعاقة العقلية، وقد اعتبر الأفراد الذين تقل نسبة ذكائهم عن 75 درجة معاقين عقلياً، على منحنى التوزيع الطبيعي.

3-**التعريف الاجتماعي (Social Definition):**

يركز التعريف الاجتماعي على مدى نجاح أو فشل الفرد في الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعه منه، مقارنة مع نظرائه من المجموعة العمرية نفسها، وعلى ذلك يعتبر الفرد معوقاً عقلياً إذا فشل في القيام بالمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه .

4- تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية

The American Association on Mental Retardaion

تمثل الإعاقة العقلية عدداً من جوانب القصور في أداء الفرد والتي تظهر دون سن(18 سنة)، وتتمثل في التدني الواضح في القدرة العقلية عن متوسط الذكاء + 75) أو – 5، يصاحبها قصور

واضح في إثنين أو أكثر من مظاهر السلوك التكيفي، مثل مهارات الحياة اليومية، المهارات الاجتماعية، المهارات اللغوية، المهارات الأكاديمية الأساسية، مهارات التعامل بالنقود، مهارات السلامة.

أسباب الإعاقة العقلية

أن معظم أسباب الإعاقة العقلية غير معروفة حتى الآن، إذ تشير المراجع في هذا المجال الى اكتشاف 25 ٪ من أسباب الإعاقة العقلية وأن % 75 من هذه الأسباب هي غير معروفة حتى الآن، وللإعاقة العقلية أسباب كثيرة يصعب الفصل بينها، ويمكن تصنيفها إلى الآتي:

أ- أسباب وراثية (Hereditary):

1- قد تنتقل الإعاقة العقلية عن طريق الجينات بنفس الطريقة التي تنتقل بها الخصائص الجسمية والنفسية، كالطول والقصر والنحافة والسمنة ولون الجلد .

2- قد تحدث الإعاقة العقلية للطفل بسبب انتقال خصائص وراثية شاذة من الآباء تؤدي إلى اضطراب في التمثيل الغذائي في خلايا الجسم، تؤدي بدورها إلى تلف في أنسجة الجهاز العصبي والمخ، وقد يكون هذا الشذوذ في الكروموسومات أو في الجينات التي تحملها الكروموسومات، وبذلك فإن أي خطأ في الكروموسومات أو في سلامة عملها يؤدي إلى اضطرابات بيوكيميائية (Biochemical)يسبب تلفاً في خلايا المخ أو الجهاز العصبي.

ومن هذه الأخطاء التي قد تحدث:

أ- زيادة كروموسوم في الخلية .

ب- نقص كروموسوم أو جزء منه.

ج- انتقال كرموسوم أو جزء منه إلى كرموسوم آخر ليس نظيراً له، وتحدث هذه الحالة عادة في الكرموسوم رقم 15 الذي ينتقل هو أو جزء منه إلى

الكرموسوم رقم21 ، وفيما يلي بعض الأمثلة التي يتضح فيها شذوذ الكرموسومات، والتي تنتج عنها الإعاقة العقلية:

- متلازمة داونSyndrome Down .
- متلازمة تيرنرSyndrome Turner,s .
- متلازمة كلاينفلترKlinefelter,s Syndrome .
- ثلاثي د (D Trisomy).
- ثلاثي هـ (E Trisomy).

أما أمثلة شذوذ الجينات والتي تنتج عنها الإعاقة العقلية تتضح فيما يلي:

- ضمور الغدة الثيموسية (Thymus gland) .
- حالة الجلاكتوسيميا (Galactosemia) .
- مرض تاي ساك (Tay – sach,s disease) .
- اضطرابات الغدد الصماء.
- حالة الفينيل كيتون يوريا (Phenyl keton urea) .
- نقص في وظيفة الغدة الدرقية (Hypothyrodism) .
- التشوهات الخلقية (Congenital anomalies) .

مثل صغر حجم الجمجمة (Microcephaly) و الاستسقاء الدماغي (Hydrocephalus)والعامل الرايزيسي (Rhesus factor) .

ت-أسباب بيئية (Environmental) :

ث-كما يتعرض الطفل لكثير من العوامل التي تؤثر على جهازه العصبي، كما تؤثر على أنسجة مخه، والتي تؤدي في النهاية إلى الإعاقة العقلية، وتنقسم الأسباب البيئية الى ثلاثة أقسام:

1- أسباب قبل الولادة (Prenatal) :

هي الالتهابات الفيروسية والبكتيرية، مثل الجدري والتهاب الكبد الوبائي والحصبة الألمانية والزهري:

- تعرض الجنين أو الأم الحامل للإشعاعات.
- استخدام الأدوية والعقاقير الطبية أثناء فترة الحمل.
- إدمان المخدرات والكحوليات والتدخين.
- سوء تغذية الأم الحامل.
- صغر سن الأم وكبر سن الأم.

3- أسباب أثناء الولادة (Natal) :

- إطالة فترة الولادة أو ضعف صحة الأم أو كبر حجم الجنين أو تـضخم رأس الجـنين أو نتيجة وضع الجنين في الرحم، بطريقة غير طبعية اوتاثير العقاقير أثناء الولادة.
- الوضع غير الطبيعي للمشيمة.
- أستخدام جفت الولادة(Delivery forceps) .
- انفجار الجيب الأمامي (ماء الرأس) مبكراً يؤدي الى مايسمى بالولادة الجافة..
- الولادة السريعة والتي بها طلق سريع.

4- أسباب بعد الولادة (Post natal) .

- التهاب أنسجة المخ.
- التهاب أغشية المخ السحائية.
- شلل المخ.
- إصابة المخ بالحوادث مثل السقوط من مرتفعات أو الاصطدام بجسم صلب.
- انخفاض في أداء الغدة الدرقية.
- نقص أو سوء التغذية.
- أسباب اجتماعية.
- أسباب مرضية

تصنيف الإعاقة العقلية

تصنف الإعاقة العقلية إلى عدة تصنيفات مثل:

1-التصنيف الطبي (Medical Classification) :

يقوم التصنيف الطبي على أساس تصنيف حالات الإعاقة العقلية، وفقاً لأسبابها وخصائصها الإكلينيكية المميزة، ويتضمن هذا التصنيف مسميات مثل:

- متلازمة داون (Down Syndrome) .
- الاستسقاء الدماغي (Hydrocephalus) .
- صغر حجم الدماغ (Microcephaly) .
- كبر حجم الدماغ (Macrocephaly) .
- الفينيل كيتون يوريا (Phenyl keton urea) .
- القماءة أو القصاع (Critinism) .

2- التصنيف التربوي **(Educational Classification)** .

يهدف التصنيف التربوي إلى وضع الأفراد المعاقين عقلياً في فئات تبعاً للقدرة على التعلم، وذلك من أجل تحديد أنواع البرامج التربوية اللازمة لهؤلاء الأفراد، ويتضمن هذا التصنيف ثلاث فئات هي:

1- فئة القابلين للتعلم (Educable Mentally Retarded) .
2- فئة القابلين للتدريب (Trainable Mentally Retarded) .
3- فئة الاعتماديون (Severly and profoundly Handicapped) .
4- تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية (System AAMD Classification):

يعتبر تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية من أكثر التصنيفات قبولاً بين المختصين في هذا المجال، ويتضمن تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية الفئات التالية:

- الإعاقة العقلية البسيطة (Mild Retardation) .
- الإعاقة العقلية المتوسطة(Moderate Retardation) .
- الإعاقة العقلية الشديدة (Severe Retardation) .
- الإعاقة العقلية الشديدة جداً (Profound Retardation).

تشخيص الإعاقة العقلية

أن الهدف الأساسي من عملية تشخيص الإعاقة العقلية هو تقديم الرعاية المتكاملة والشاملة، وفي الوقت المناسب، لذا يجب أن يتم التشخيص من خلال الأبعاد التالية:

1- البعد الطبي (التاريخ الوراثي، المظهر الجسمي والحركي، العوامل المسببة، الفحوصات المخبرية) .

2- البعد السيكومتري (مقاييس القدرة العقلية، مثل مقياس ستانفورد بينيه للذكاء ومقياس وكسلر للذكاء).

3- البعد الاجتماعي (مقاييس السلوك التكيفي، مثل مقياس الجمعية الأمريكية AAMR، ABS).

4- البعد التربوي (مقياس التحصيل التربوي، مثل مقاييس المهارات اللغوية، العددية، القراءة، الكتابة،...الخ) .

خصائص الإعاقة العقلية

يتشابه المعاقون عقلياً في صفة واحدة، وهي الإعاقة ويختلفون في كافة المظاهر، يمكن حصر الخصائص العامة للمعاقين عقلياً في خمسة جوانب كما يلي :

1- الخصائص الجسمية: تأخر في النمو الجسمي، صغر الحجم ويكونوا أقل وزناً من أقرانهم ويعانون من تشوهات جسمية، وتأخر في الحركة و الاتزان .

2- الخصائص العقلية: يتمتعون بذكاء أقل وتأخر النمو اللغوي مع الضعف في الذاكرة، الانتباه، الإدراك، التخيل، التفكير، الفهم والتركيز.

3- الخصائص الاجتماعية: يعانون غالبا من ضعف في التكيف الاجتماعي، نقص في الميول والاهتمامات، عدم تحمل المسؤولية الانعزالية، العدوانية مع تدني مفهوم الذات .

4- الخصائص العاطفية والانفعالية: هي عدم الاتزان الانفعالي، عدم الاستقرار وكثرة الحركة، سرعة التأثر أحياناً، وبطء التأثر أحياناً أخرى، مع ردود الفعل أقرب ما تكون إلى المستوى البدائي.

بعض نظريات التعلُّم في تفسير الإعاقة العقلية للإفراد القابلين للتعلُّم

1- النظريات السلوكية:

تفسر النظريات السلوكية الإعاقة العقلية على أنها نقص في الخبرة والتحصيل لدى المعاقين عقلياً، والسلوك يكون محدوداً بالنسبة لهم، وهذا التفسير يختلف عن تفسيرات النظريات الأخرى، اذ توظف هذه النظرية في ميدان الإعاقة الفكرية، على أساس زيادة الفرص التي يمكن أن تؤدي إلى زيادة انجاز المعاق فكرياً، أو زيادة تعلُّمه، وذلك عن طريق التحكم أو التغيير في الظروف البيئية.

وهناك خطوات وضعتها هذه النظرية سميت بخطوات" التعلُّم الإجرائي" يمكن أتباعها من قبل المربين أو المعلمين لذوي الإعاقة العقلية، وهي:

1- إيجاد عدد من الدلائل التي يمكن أن تؤدي إلى الاستجابة المرغوب فيها.

2- تحديد نوع الترابط الذي نريده، والذي يمكن أن يؤثر في الاستجابة المرغوب فيها.

3- التعزيز الايجابي قد يكون مناسباً في معظم حالات تعديل السلوك، ويكون بحذر.

4- تعزيز أنماط السلوك البسيطة الناجحة مباشرة، مع عدم ترك التعزيز لوقت أخر.

5- تحديد النشاطات التي يرغب فيها المعاق، والتي يمكن أن تصلح فيما بعد، كمعززات للسلوك.

6- تخفيف تقديم التعزيزات للطفل المعاق فكريا"تدريجياً، حتى يصبح التعزيز فيما بعد داخلياً، أما أساليب تعديل السلوك في ضوء النظريات السلوكية، فهي كالأتي:

1- استخدام عملية تشكيل السلوك :Shapping وهذا يعني تعزيز المعاق كلما اقترب من السلوك النهائي المرغوب فيه.

2- التسلسل: Chaning بمعنى انه كلما قام المعاق بإعطاء مجموعة محدودة من الاستجابات تشكل تعلُماً لمهمة ما نقوم يعزز المعاق على هذا الأداء.

3- استخدام نموذج (النمذجة) :Modeling هو تقليد المعاق لمهمة عرضت أمامه حتى يتمكن من تقليدها، وقد أثبتت الدراسات التي أشارت إلى التقليد أنه من أفضل الأساليب التي يمكن استخدامها في تعديل السلوك أو التعليم.

2- النظريات المعرفية "بياجيه":

ترى النظريات المعرفية إن المعاقين عقليا يظهرون صعوبة في التعبير عن أفكارهم لغوياً، مقارنة مع أقرانهم العاديين، لذلك فان المعلم يجب أن يتأكد من أن المعاق عقليا قد فهم ما مطلوب منه من أسئلة أو تعليمات وتوجيهات في الصف،كما يجب أن تكون طريقة تدريسه وتعليمه، تتناسب مع قدرة التلميذ المعاق على الفهم والاستيعاب، كما يجب توفير النشاطات التعليمية، بشكل يتناسب مع الاستعدادات والقدرات لدى المعاق عقليا ونموه الجسمي...الخ.

ومن أساليب تطبيق مفاهيم النظرية المعرفية مع المعاقين عقلياً هي:

1- لا ضرورة لتعزيز المبالغ فيه، وإنما بحسب ما يتناسب مع قدراته الجسمية والعقلية.

2- قياس وتقويم مستوى الاستعداد لدى المعاق عقلياً عند تعلُم المهارة.

3- تزويد المعاق بالمواد التي تعمل على تطوير المفاهيم المناسبة، لكل مرحلة من مراحل النمو العقلي.

4- الحرص على التفاعل الاجتماعي، لما له دور مهم في عملية النمو، وتكوين المفاهيم وعمليات التمثل والموائمة والتنظيم والتوازن.

5- التمهل وعدم التعجل في تعليم المعاق عقليا في مرحلة معينة بل تعطيه الوقت الكافي لذلك، وهذا ما يتطلبه المعاقين فكرياً.

5- نظرية التعلُّم الاجتماعي/الملاحظة، التقليد، المحاكاة، النمذجة/:

تؤكد هذه النظرية على دور وأهمية السياق الاجتماعي لسلوك الفرد، ففي المدرسة نجد أن أخصائي التعلُّم الاجتماعي يؤكد على التفاعل ما بين المتعلمين أنفسهم، وما بين معلميهم أكثر من الاهتمام بسياسة التدريب أو التعليم، وترى هذه النظرية بأن الفرد لديه دافع فطري طبيعي للقيام بسلوك الإقدام وسلوك الإحجام، وهما يتأثران بعاملي العمر والدافعية، فهو يقترب من السلوك الذي يسره، ويحجم عن ما يؤذيه.

ومن أساليب تطبيق مفاهيم نظرية التعلُّم الاجتماعي طريق "الملاحظة والتقليد والنمذجة"، كما يأتي:

1- يمكن أن يشاهد المعاق ويتعلُّم من النماذج الرمزية غير الحية (تعليمات لفظية، كتابية، صور،....الخ)، والنماذج التمثيلية وأفلام الكارتون. أن تكون التوقعات تجاه المعاق واقعية، بحيث لا تتوقع الفشل أو الإهمال ممن قبله، حتى لا تؤثر على فاعليته وتؤدي إلى رسم أهداف تافهة .

2- العمل على اختيار المهمات المطلوبة من المعاق فكرياً بعناية تامة، مع الاستعانة بالوسائل التعليمية لزيادة نجاحه في أدائها.

3- رسم المهمات والظروف أمام المعاق فكريا بنوع من التفاؤل مع توفير فرص، لزيادة إمكانية نجاحه في أدائها، والعمل على مساعدته دون الوقوف الموقف المحايد عند فشله.

4- التنقظ من السلوك التجنبي الذي يقوم به المعاق عقلياً، والعمل على تعديله وفق أساليب تعديل السلوك المختلفة .

5- مراقبة المعاقين حتى يمكن أن نميز كيف يمكنهم أن يتعلُّموا الكثير عن طريق المحاكاة والتقليد للنموذج، خاصة إذا كانت الاستجابة جديدة أو السلوك المراد أدائه جديداً، فالمعاق عندما يرى نموذجاً معيناً من السلوك فانه يقوم بتقليده، وهذا التقليد بمثابة تعزيز للسلوك.

6- يتأثر المعاق في تقليد النموذج في عامل الجنس ونوعه، ونتائج السلوك المقلد.

7- يترك النموذج المقلد على المعاق اثر السلوك المتعلم كأثر النمذجة، وأثر الكف، وأثر استجراري.

8- يمكن أن يشاهد المعاق ويتعلُّم من النماذج الحية (الآباء، المعلمين، الأقران، الأقارب).

9- يمكنه تقليد نماذج السلوك الاجتماعي المثالي بالمجتمع، والبيت، لذا يجب أن يكون الآباء والمعلمين قدوة بالسلوك الحسن أمامه.

الإعاقة الحركية

أولاً: التطور التاريخي لتربية وتأهيل الأشخاص المعاقين حركياً:

لقد وجدت الإعاقة من حيث وجود الإنسان والأسباب المؤدية إليها، ولكن رعايتهم لم تكن موجودة، ولم تكن موجودة الخدمات التربوية لتفي باحتياجات الأفراد غير العاديين، وأدت التطورات السريعة في الفلسفات الاجتماعية، وفي نظريات التعلم وفي المجالات التكنولوجية إلى ثورة مستمرة جعلت العمل في مجال التربية الخاصة فيه من الإثارة بقدر ما به من صعوبة، وقد عرف الإنسان الإعاقة الحركية منذ أكثر من خمسة آلاف سنة، فشلل الأطفال عرفه الإنسان منذ أكثر من خمسة آلاف سنة، إلا أنّ أول وصف عيادي له ظهر عام 1789م.

وأول حملة واسعة لنطاق التطعيم بلقاح السالك نفذت عام 1954م، وبعد أن كان شلل الأطفال أكثر أسباب الإعاقة الحركية شيوعاً في عقد الأربعينات فقد تم القضاء عليه في بعض دول العالم عام 1966م.

وفي القرن العشرين كان هناك شعور عام في الأوساط الطبية بعدم الكفاية وفعالية أساليب العلاج الطبي التقليدي، ولذلك انبثقت البرامج التربوية والتدريبية نتيجة القناعة بأن الجراحة والرعاية الجسمية لا تكفيان، وقد تطورت البرامج التربوية والتأهيلية لخدمة الأفراد المعاقين جسمياً، الذين كانوا يمكثون في المستشفيات لفترات طويلة ليست إصابتهم بأمراض مثل شلل الأطفال والسل.

وبعد ذلك أصبح هناك إحساس تدعيم، وازداد تدريجياً بحاجة ذوي الإعاقات الحركية الشديدة إلى البرامج التربوية الخاصة، وهكذا كان الأشخاص ذوو الإعاقات الحركية الشديدة يمكثون في المستشفى أو البيوت، وقد تغيرت الصورة تدريجياً مع بداية القرن العشرين حين بدأت بعض الدول بإنشاء صفوف خاصة للمعاقين حركياً في المدارس العادية.

وكانت نماذج التعليم متنوعة، وتشمل التعليم في المنزل والمستشفى أو الصفوف، وأنشأت بعض الدول مدارس خاصة للأطفال المعاقين، وهذه المدارس مكيفة من حيث المداخل والأبواب والحمامات لتسمح للطلبة بالتحرك والتنقل دون حواجز.

وكان القانون العام، والمعروف باسم (التربية لكل الأطفال المعاقين) الذي تبنّته الأمم المتحدة من أهم القوانين التي نادت بالرعاية والتعليم والتشغيل للمعاقين، كما نادت الأمم المتحدة بأن يكون عام 1981م عاماً دولياً للمعاقين بقصد لفت أنظار العالم، ودُوَله إلى مشكلة المعاقين والذين يبلغ تعدادهم (450 مليون) معوقاً.

لقد هدفت من وراء ذلك إلى مساعدة المعاقين على التكيف النفسي والحسي على المجتمع والتشجيع على تقديم المساعدة والرعاية والتدريب والإرشاد إلى المعوقين، وإتاحة فرص العمل المناسب لهم وتأمين دمجهم الشامل في المجتمع وهذا بالإضافة إلى تنظيف الجهود، وتوعية بحقوق المعوقين في المشاركة في مختلف نواحي الحياة الاقتصادية، والاجتماعية والسياسية والإسهام فيها.

ثانياً: تعريف الإعاقة الحركية:

1- تعريف ذو الإعاقة الحركية بصفة عامة هو الشخص الذي لديه سبب يعوق حركته، وكما جاء بأحد التعاريف أن المعاق هو الذي لديه سبب عاق لحركته أو يعوقها، نتيجة لفقدان أو خلل اوعاهة في العضلات أو العظام تؤثر في قدرته على التعلم وعلى أن يعول نفسه

2- تعريف آخر: الأشخاص ذو الإعاقة جسمياً، هم أولئك الأشخاص الذين يعانون من حالة عجز عظمية أو عضلية أو عصبية أو حالة مرضية مزمنة، تحد

من قدرتهم على استخدام أجسامهم بشكل طبيعي، مما يؤثر سلبا على إمكانية مشاركتهم في واحدة أو أكثر من النشاطات الحياتية.

3- من التعريفين السابقين نستطيع أن نخرج بتعريف لذوي الاحتياجات الخاصة حركياً، بأنها تمثل حالات الأفراد الذين يعانون من خلل في قدرتهم الحركية أو نشاطهم الحركي، بحيث يؤثر ذلك الخلل لدى بعضهم على مظاهر نموهم العقلي والاجتماعي والانفعالي، مما يستدعي الحاجة إلى خدمات التربية الخاصة.

ثالثاً: تصنيف الإعاقة الحركية:

يمكن تصنيف الإعاقة الحركية التي تحدث عند الكائن الحي بشكل عام إلى مشكلات ترجع في العادة إلى فترة الحمل، وهي ما يتعرض له الإنسان في بداية تكوينه، وأثناء وجوده في رحم أمّه أو أثناء عملية الولادة أو نتيجة أخطاء تقع من قبل الطبيب أو من يقوم مقامه مثل نقص الأوكسجين، أو استخدام خاطئ لبعض الأدوات الخاصة بعملية الولادة، وعدد قليل نسبياً يرجع إلى صعوبات محددة تحدث بعد الولادة، مثل الحوادث التي يتعرض لها الإنسان، ومثل هذه الإعاقات التي تحدث هي:

1. الشلل المُخّي.
2. الشلل المنفرد.
3. شلل جانب واحد.
4. الشلل الثلاثي.
5. الشلل النصفي السفلي.
6. الشلل المزدوج (الرباعي).
7. شلل الجانبين.

وكما أن هناك حالات أخرى من الإعاقات الحركية، مثل:

1. إصابات الحبل الشوكي.
2. الوهن العضلي.
3. العمود الفقري المشقوق.

4. إصابات الرأس.

5. التصلب المتعدد.

6. انحناءات العمود الفقري.

7. الروماتيزم.

8. حالات أخرى، مثل:

أ. البتر: هو فقدان طرف واحد أو أكثر جزئياً أو كلياً.

ب. التقوس المفصلي العضلي المتعدد.

جـ. الضمور العضلي الشوكي.

د. تشوهات الركبة.

رابعاً: خصائص المعاقين حركياً:

حيث تتعدد مظاهر الإعاقة الحركية كما تختلف درجة كل مظهر من مظاهرها، وقد يكون ذلك التعدد في النوع مبرراً كافياً لصعوبة الحديث عن الخصائص السلوكية للمعاقين حركياً، إذ تختلف خصائص كل مظهر من مظاهر الإعاقة الحركية عن المظاهر الأخرى، وعلى سبيل المثال؛ قد نجد الخصائص السلوكية للأطفال وذوي الشلل الدماغي متمايزة عن الخصائص السلوكية للأطفال المصابين بالصرع، وهكذا.

وعلى ذلك يصعب على الدارس لموضوع الخصائص السلوكية أن يجد خصائص سلوكية عامة للمعوقين حركياً، ولذلك سنشير هنا إلى بعض الخصائص السلوكية العامة، كالتحصيل الأكاديمي وإلى السمات الشخصية العامة بالنسبة لبعض مظاهر الإعاقة الحركية، أما بالنسبة للخصائص السلوكية الشخصية للمعوقين حركياً فتختلف تبعاً لاختلاف مظاهر الإعاقة الحركية ودرجتها، وقد تكون مشاعر القلق والخوف والرفض والعدوانية من المشاعر المميزة لسلوك الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية، وتتأثر مثل تلك الخصائص السلوكية الشخصية بمواقف الآخرين وردود فعلهم، نحو مظاهر الاضطرابات السلوكية الشخصية، بمواقف الآخرين وردود فعلهم نحو مظاهر الاضطرابات الحركية.

خامساً: أسباب الإعاقة الحركية:

تتنوع أسباب الإعاقة الحركية لتنوع الإعاقات ذاتها، وبوجه عام فالإعاقة الحركية تتنوع أسبابها، فمنها:

1- مرحلة ما قبل الحمل:

لاشك أن العوامل الوراثية تحدد قدراً كبيراً من طبيعة العمليات النمائية للجنين والطفل الرضيع حديث الولادة، ومن المعروف أن المكونات الجينية للجنين مركبة من نواة الخلايا في تركيب يطلق عليه الكروموسومات، ويحمل كل كروموسوم عدداً من الجسيمات الدقيقة التي تحمل الصفات الوراثية، والتي تعرف بالموروثات.

تتكون الخلية الأولى للجنين من ستٍّ وأربعين كروموسوم تنظم في ثلاثة وعشرين زوجاً، اثنان وعشرون زوجاً من هذه الكروموسومات متشابهة تماماً، ويطلق عليها (الصفات العادية)، في يحين يحدد الزوج الباقي جنس الجنين ويطلق عليه كروموسوم الجنس.

2- مرحلة ما بعد الحمل:

بعد حدوث الحمل يكون الاهتمام في هذه المرحلة مركزاً حول ناحيتين هامّتين:

الناحية الأولى: هي توفير الحالة الصحية السليمة للجنين.

الناحية الثانية: هي وقاية الجنين من التعرض لأي تأثيرات على ذلك حالات أمراض الأم، ومنها:

1- المرض الكلوي المزمن.

2- السكري.

3- حالة تسمم الحمل.

4- عامل (RH -) (العامل الرايزيسي).

5- سوء التغذية.

سادساً: الوقاية من الإعاقة الحركية:

1- توفير المعلومات الكافية حول الإرشاد المهني من حيث أهدافه وأساليبه والجهات التي تقوم به في المجتمع المحلي بالنسبة للأسر التي أنجبت معوقين في الماضي.

2- تحليل دم كل من الزوجين، والتأكد من أن دم الأم لا يحمل العامل الرايزيسي (RH -)، وإذا حدث وثبت أن الأم تحمل هذا العامل فمن الواجب حقنها بالحقنة المضادة بإشراف الطبيب.

3- التأكد من التاريخ الاجتماعي لسلامة كلا الزوجين وخلوه من حالات الإعاقة الحركية قبل أن يقرر الإنجاب.

4- الامتناع عن الإجهاض المفتعل باستعمال الأدوية والطرائق الشعبية.

5- يفضل تلقيح الأم ضد مرض الحصبة الألمانية، بفترة شهرين قبل الحمل على الأقل.

6- الامتناع عن الإدمان على التدخين أو الكحول كلياً.

7- على الأم الحامل أن تتجنب أشعة اكس خلال فترة الحمل، إذ قد يترتب على ذلك إعاقة الجنين.

8- تجنب تناول الأدوية مهما كانت الظروف إلا بأمر وإشراف الطبيب.

9- على الأم فحص الدم عند بداية الحمل، وفي الأشهر الثلاث الأخيرة منه لتجنب ضغط الدم ومعرفة فئة الدم.

10- إجراء الفحص الطبي الدوري للأطفال، فالمتابعة الصحية قد تحول جون حدوث حالات إعاقة محتملة، والفلسفة البناءة هي أن لا يتم الانتظار إلى أن تحدث المشكلات أو تتفاقم أو تستفحل.

سابعاً: أنواع البرامج التربوية للمعاقين حركياً:

1- مراكز الإقامة الكاملة:

تكون هذه المراكز في الغالب ملحقة بالعيادات الطبية أو المستشفيات، وتصلح هذه المراكز للأطفال المصابين بالشلل الدماغي واضطرابات العمود الفقري ووهن العضلات، وهؤلاء الأطفال يحتاجون إلى الرعاية الصحية، لذا فإنّ هذه المراكز في العادة تلحق بالعيادات الطبية والمستشفيات، إذ إنّ مثل هؤلاء الأطفال يحتاجون باستمرار إلى إشراف كامل من قبل الأطباء أو الممرضين ذوي الاختصاص.

2- برامج الدمج الأكاديمي:

هذا النوع من البرامج يتناسب مع ذوي الشلل الدماغي البسيط أو مرض السكري أو الربو أو التهاب المفاصل، حيث يكون للطلبة فصولٌ خاصة بهم في المدارس العادية أو في فصول عادية تربطه تنظيم البيئة المدرسية لتتناسب مع الظروف الصحية التي يوجد فيها هؤلاء الطلبة أي مع إعاقاتهم.

3- مراكز التربية النهارية:

هذه المراكز تتناسب في العادة مع ذوي الإعاقات العقلية الناتجة عن الشلل الدماغي، إذ إنّ الأطفال يجب أن يتلقوا في هذه المراكز النهارية برامج علاجية بالإضافة إلى البرامج التعليمية كالعلاج الطي، ويجب أن تتناسب هذه البرامج ودرجة الإصابة بالشلل الدماغي ودرجة الإعاقة العقلية، كما يجب القيام ببرامج التأهيل المهني بجميع حالات ذوي الإعاقات الحركية.

ثامناً: تعليم المناهج للأطفال المشلولين دماغياً وذوي الإعاقات الحركية الأخرى:

أولاً: الخصائص العامة للمناهج المناسبة:

يجب أن يكون المنهج وظيفياً، فيركز على المهارات الضرورية للطفل لكي يتكيف في مجتمعه، والعيش باستقلالية بمعنى آخر، يجب أن تكون المهارات وظيفية، فيتم تعليمها للطفل بناءاً على عمره الزمني وليس عمر الطفل فقط، خصوصاً في حالة الطفل الذي

يعاني من إعاقة شديدة، فالمناهج التقليدية تستند إلى ما هو معروف عن مظاهر النحو السوي، ولكن الفروق بين المعوق وغير المعوق تزداد وتتضح أكثر مع تقدم السن بمعنى آخر، فكلما تقدم عمر الطفل المعوق المستند إلى النمو الطبيعي ومراحله، فلا يكون وظيفياً ومفيداً مع تقدم العمر.

وعند تحديد المهارات نراعي القضايا الأساسية الآتية:

1. يجب تقديم الخدمات التربوية بشكل متواصل لا بشكل متقطع، ويجب الاهتمام بالأهداف الطويلة الأمد وليس قصيرة الأمد.
2. يجب التركيز على استخدام المواد الطبيعية في التدريس، فاستخدام المواد الاصطناعية، لا يساعد الطفل على اكتساب المهارات العلمية.
3. إن مساعدة الطفل على العيش المستقل والمنتج في مجتمعه الكبير، يتطلب دمجه مع الأطفال غير المعوقين بشكل متواصل وكامل.
4. يجب عدم التركيز على تعليم الطفل المهارات التي لن يستخدمها في المستقبل.
5. إذا كان هدفنا في التربية الخاصة هو مساعدة الطفل على اكتساب المهارات الضرورية للأداء المستقل فإن علينا تحديد تلك المهارات، وتدريسها.

ثانياً: الأهداف العامة للمناهج:

تتصل الأهداف المرحلية في البرامج التربوية الفردية بنواحي النمو المختلفة ؛ الحركية، العضلية، الاجتماعية والانفعالية، وتعتمد الأهداف على طبيعة إعاقة الطفل وعمره وقدراته العقلية والإعاقات الأخرى الموجودة لديه.

وقبل تعليم الأطفال يجب أن ينصب الاهتمام على الجوانب الآتية:

1- المهارات الحركية:

لما كانت القدرات الحركية ضرورية لتأدية النشاطات الحياتية، اليومية فإنّ الجزء الحركي، قد يؤثر على المظاهر النمائية المختلفة، فالشلل الدماغي يعمل على كبح النضج العصبي، لذا لا تختفي الانعكاسات الحركية الأولية، ولا تظهر ردود الفعل الوضعية والحركية الأكثر تطوراً.

2- المهارات الاجتماعية:

كثيراً ما يعاني الأطفال المعوقون حركياً من صعوبات انفعالية من نوع آخر، وتتصل هذه الصعوبات في العادة بردود فعل الطفل لإعاقته واستراتيجيات التفاعل والتعايش التي يلجأ إليها من جهة، وردود فعل الآخرين، واتجاهاتهم وتوقعاتهم من جهة أخرى، لذا يجب أن تؤكد المناهج على تطوير المناهج النمائية الاجتماعية، وهذا يتم تحقيقه بأساليب متنوعة أهمها الدمج.

3- المهارات المهنية:

يتطلب إعداد الشخص المعوق حركياً لتحمل المسؤولية والعيش المستقل تخطيط وتنفيذ برامج التدريب المهني المناسب، ليس بعد سنيّ الدراسة فقط ؛ بل في أثنائها أيضاً، ويشمل التدريب المهني التعريف بعالم العمل والمهن ومتطلبات واكتساب الأنماط السلوكية المهنية.

4- مهارات العناية بالذات:

تنبؤ مهارات العناية بالذات مكانة مهمة في تربية الأطفال المعوقين حركياً، ذلك أنها ضرورية للاستقلال الذاتي، فهؤلاء الأطفال، خصوصاً ذوي الإعاقات الشديدة، لديهم حاجات كبيرة، فيما يتعلق بتناول الطعام والشراب والتدرب على استخدام الحمام والنظافة الشخصية وارتداء الملابس.

وهناك عدة أساليب لمعالجة المشكلات المتصلة بتناول الطعام والشراب، ومن هذه الأساليب وضع الطفل بحيث ينخفض مستوى التوتر العضلي لديه أو تقل الحركات اللاإرادية، وهذه العملية تعتمد على حالات الطفل، وبشكل عام يجب أن يبقى رأس الطفل منتصباً إلى الأمام ويبقى الجذع مستقيماً، ومنبسطاً دون أي انحناء، ويجب تجنب الانبساط الزائد في الرأس والجذع، وكثيراً ما نحتاج إلى ضبط، فكّي الطفل أثناء الأكل، ويتم ذلك باستخدام أصابع اليد، أما في ما يتعلق بمهارات ارتداء الملابس، وخلعها فيجب أن يتم تعليمها وفقاً للتسلسل النمائي.

الفصل الثالث

مشكلة فرط الحركة وتشتت الانتباه عند الاطفال

الفصل الثالث

مشكلة فرط الحركة وتشتت الانتباه عند الاطفال

مفهوم اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ان إضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه هي حالة مرضية سلوكية يتم تشخيصها، لدى الأطفال والمراهقين، وهي تعزى لمجموعة من الأعراض المرضية التي تبدأ في مرحلة الطفولة، وتستمر لمرحلة المراهقة والبلوغ، تعتمد على وجود النشاط الحركي والحسي، نقص الانتباه والاندفاعية، قد يحدث كلا النوعين من النشاط الزائد معاً وقد يحدث احدهما دون الآخر، هذه الأعراض تؤدي إلى صعوبات في التأقلم مع الحياة في المنزل والشارع والمدرسة وفي المجتمع بصفة عامة اذا لم يتم التعرف عليها وتشخيصها وعلاجها.

مفهوم فرط الحركة، زيادة النشاط

هي فرط الحركة وزيادة النشاط علامة مميزة، وهي زيادة ملحوظة جداً في مستوى النشاط الحركي تخرج عن حدود المعدل الطبيعي، حيث نرى الطفل يتلوى يتململ، لا يستطيع البقاء في مكانه أو مقعده، نراهم يجرون في كل مكان، يتسلقون كل شيء، كثيري الحركة لا يهدءون، يتكلمون كثيراً، كل ذلك بلا هدف محدد، يحدث ذلك في المنزل الشارع الأسواق أو المدرسة، كما يجدون صعوبة في التأقلم واللعب مع الأطفال الآخرين.

كما تختلف الصورة في المراهقين والبالغين، فلا تظهر الأعراض الحركية بنفس الدرجة والوضوح، كما في الأطفال، ولكن نلاحظ تململهم الشديد، لايجدون متعة في القراءة او مشاهدة التلفاز أو الأنشطة التي تحتاج الهدوء والسكينة.

مفهوم نقص الأنتباه

هي من أكثر أعراض هذه الحالة انتشاراً، فبالإضافة لعدم القدرة على الانتباه، فدرجة التركيز والأنتباه لديهم قصيرة جداً، فان المصابين بالحالة غير قادرين على التركيز،

التذكر، التنظيم، يظهرون كأنهم غير مهتمين لما يجري من حولهم، يجدون صعوبة في بدء وإكمال ما يقومون به من نشاط، وخصوصاً ما يظهر أنه ممل أو متكرر أو فيه تحدي وتفكير، كأنهم لا يسمعون عندما تتحدث معهم، ولا ينفذون الأوامر المطلوبة منهم، يفقدون أغراضهم، وينسون أين وضعوا حاجياتهم، كتبهم وأقلامهم.

مفهوم الاندفاعية

هؤلاء الأطفال مندفعين بطبعهم، لا يفكرون في الحدث وردة الفعل، يجاوبون على السؤال قبل الإنتهاء منه، لا ينتظرون دورهم في الحديث أو اللعب، كثيراً ما يقاطعون الآخرين في الكلام واللعب، وهو ما يؤدي إلى عدم قدرتهم على بناء علاقات مستمرة مع الآخرين، ولذى نلاحظ في البالغين عدم استمرارهم في عمل أو وظيفة معينة، كما أنهم يصرفون أموالهم بدون تفكير أو حكمة.

المدة الطبيعية للتركيز والانتباه

حيث تختلف مدة ومقدرة الانسان على الانتباه والتركيز، وهي المقدرة المؤدية للتعلم والتذكر، ومن ثم الى زيادة نسبة الذكاء، وتراوح فترة انتباه الطفل الطبيعية من ثلاث إلى خمس دقائق لكل سنة من العمر، فالطفل في الروضة يحتاج إلى خمس عشرة دقيقة كفترة انتباه متواصلة، لكي ينجز العمل الموكول له كحد أقصى، وبعد ذلك تزيد لكي تكون عشرين دقيقة في الصف الأول والثاني، ولكن هذا لا يعني التركيز المستمر المتواصل، ولكن عدم التشويش وفقد التواصل مع العمل الذي يقوم به، ولكن يجب الأنتباه أن فترة الانتباه عند مشاهدة التلفاز لا تحتسب عند قياس المقدرة على التركيز والانتباه.

أسباب حدوث اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

ليس هناك سبب واضح وحدد لحدوث الحالة، فليس هناك عيوب واضحة في الجهاز العصبي، ولكن هناك أتفاق بين العلماء ان الحالة تحدث نتيجة لأسباب عضوية نمائية للجهاز العصبي لم يتم التوصل لها وتحديدها، ولقد قامت العديد من الدراسات للكشف عن المسببات، ومن هذه الأسباب:

1- الأسباب العضوية نتيجة تعرض الدماغ لأصابات خلال الحمل أو عند الولادة، صعوبات الولادة، نقص الاكسجين، اصابة الأم بالمرض وقت الحمل، تناول الأدوية.

2- حدوث اضطراب في النشاط الكيميائي للدماغ لم تعرف مسبباته، فاختلاف كيماويات المخ تؤدي إلى تأثيرات على المزاج والسلوك.

3- أسباب جينية أو وراثية، حيث وجد لدى الوالدين أو العائلة بعض الأعراض المرضية والسلوكية.

4- الأسباب البيئية: التلوث البيئي، تسمم الرصاص.

نسبة انتشار فرط الحركة وتشتت الانتباه

ان اضطراب فرط الحركة وضعف التركيز من الحالات المنتشرة في جميع أنحاء العالم، تصل نسبة الإصابة به إلى 10٪ من الأطفال في المرحلة الابتدائية، لكن على أكثر التقديرات معقولية ما بين 3٪ إلى 6٪ حسب تقديرات الدليل التشخيصي والأحصائي للأمراض النفسية الأمريكي في طبعته الرابعةDSM-VI ، وتؤكد أبحاث حديثة على أن نسبة البالغين المصابين به لا تقل عن 3.% لقد لوحظ أن نسبة الأصابة بالحالة تختلف حسب شروط التشخيص، ففي دول اوروبا وبريطانيا يشترط وجود الأعراض الثلاثة مجتمعة للحصول على التشخيص، لذلك تبلغ النسبة 5٪، أما في أمريكا، فلا يشترط وجود الأعراض الثلاثة الرئيسة لذلك تبلغ النسبة 10-20٪ تقريباً، أما في الوطن العربي، فلا توجد احصائيات تدلنا في هذا الموضوع.

الأعمار يحدث لتشتت الانتباه

الحالة نمائية، أي أن الاصابة حدثت خلال الحمل وقبل الولادة، ولكن الأعراض تظهر في مرحلة الطفولة، وتكون أكثر وضوحاً، وتسترعي أنتباه الآخرين عند ترك الطفل المنزل ودخوله المدرسة، وتستمر الحالة طوال العمر بدرجات متفاوتة، قد لا تكون

واضحة لدى البالغين لقدرتهم على التكيف والتصرف، وتبلغ نسبة حدوث الحالة لـدى البالغين 3.%، ومن أهم الاسئلة والاجابة الواردة في هذا المجال:

- **هل يصيب الذكور أم الإناث؟**

نسبة الاصابة في الاولاد أربع أضعاف الاصابة لدى البنات.

- **هل الطفل مصاب بتخلف فكري؟**

هؤلاء الأطفال عادة ما يكونون طبيعي الذكاء، وليس لديهم تخلف فكري

- **هل الطفل لديه صعوبات في التعلم؟**

ان هذه الحالة لا تعتبر من صعوبات التعلم، فهـي مـشكلة سـلوكية عنـد الطفـل، ولكن حيث أن هؤلاء الأطفال عادة ما يكون لديهم زيادة في الحركة مع الاندفاعية، كمـا أنهم لا يستطيعون التركيز على أمر ما لأكثر من مدة محدودة، والـتعلم يحتـاج إلى التركيـز للفهم والحفظ والتحصيل العلمي، لذى نلاحظ وجود الفشل الدراسي لـديهم، وأغلـب تلك الحالات يـتم أكتـشافها، وتشخيـصها نتيجـة الفـشل الدراسـي، وفي نفـس الوقـت لاحظت بعض الدراسات أن هناك نسبة جيدة من هؤلاء الأطفال يعانون من صـعوبات التعلم، اليسليكسيا، مثل الصعوبة في القراءة أو الكتابة وغيرها.

كذلك فإن الأطفال الذين يظهرون نشاطات زائدة كـثيراً مـا يواجهـون صـعوبات تعلمية، وبخاصة في القراءة ولكن العلاقة بَينَ النشاط الزائد وصـعوبات الـتعلم مـا تـزال غير واضحة، هل يسبب النشاط الزائد صعوبات التعلم أم هل تجعل الصعوبات التعليمية الأطفال يظهرون نشاطات زائدة؟ أم هل أن الصعوبات التعليمية والنشاط الزائد ينتجـان عن عامل ثالث غير معروف؟ بعضهم اقترح أن التلف الدماغي يكمن وراء كـل منهمـا، ولكن البحوث العلمية لم تدعم هذا الاعتقاد دعماً قاطعاً بعد .

أنواع اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

ان حالة اضطراب فرط الحركة، وتشتت الانتباه حالة سلوكية مرضية، لها قواعد محددة للتشخيص، ومع التطور في المجال النفسي والتربوي تم تقسيم الحالة إلى أنواع متعددة، ولكلاً منها قواعد التشخيص الخاصة به، وهي:

1- فرط الحركة، النشاط: في هذه الحالة تكون أعراض اضطراب فرط الحركة، وتشتت الانتباه موجودة بنسبة متفاوتة، ولكن يغلب عليها علامات وأعراض فرط الحركة.

2- قلة الانتباه، ضعف التركيز : في هذه الحالة تكون أعراض اضطراب فرط الحركة، وتشتت الانتباه موجودة بنسبة متفاوتة، ولكن يغلب عليها علامات وأعراض قلة الانتباه.

3- اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه: في هذه الحالة تكون أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه موجودة لكلا الحالتين، فرط الحركة، وقلة الانتباه.

كيف تظهر أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

1- ان الطفل لديه حاجة شديدة للحركة، لا يستطيع الاستقرار لفترة طويلة في سكون بل يتحرك، حتى في كرسيه، وهو واقف، وأحتياجه للحركة باستمرار ليس شقاوة فيه، ولكن لأن طبيعة تكوينه لا تتحمل أن يبقى ساكناً لفترة طويلة.

2- ان انتباه هذا الطفل يكون مشتتاً، مضطرباً، ضعيفاً، فالطفل يستقبل كل المثيرات الحسية بنفس الحساسية ولهذا يلفت نظره كل شيء ولا يستطيع تركيز انتباهه، أو التفريق والتمييز بين المهم وغير المهم، فإذا كان جالساً في الفصل يحاول التركيز على حديث المعلم، فإذا مر أحد المعلمين أمام باب الفصل، أو تحرك أحد الطلاب، أو ظهرت أصوات من بعيد، فإنه لا يستطيع مواصلة الانتباه والتركيز بل يحدث لديه تشتت والتحوا إلى الانتباه

لما يحدث، بينما الطفل العادي يستطيع اهمال هـذه الأشـياء غـير المهمـة ومواصـلة التركيز على المهم، ولهذا يكون ذهن هذا الطفل، كالذي يسمع المذياع الـذي يبـث 10 محطات في لحظة واحدة، لا يستطيع السامع تمييزاً بينها.

2- الاندفاعية، فهؤلاء الأطفال يستقبلون ما يدور حولهم ثم يتصرفون مباشرة قبل أن يفكروا في الفعل أو رد الفعل.

هل يشفى هؤلاء الأطفال من تلـك الحالـة عنـدما يكـبرون ويتقـدمون في الـسن؟

في الحالات المشخصة تشخيصاً علمياً دقيقاً كان الأعتقاد السائد أنهم يشفون مـع التقـدم في العمر، ولكن الدراسات الحديثة أثبتت عكس ذلك في أغلب الحالات، ولكن الأطفال المصابين بفرط الحركة وقلة الانتباه تتحسن حالتهم مع التقدم في العمر، ويتعلمـون كيفيـة التصرف والموائمة لحالتهم، فالحركة المفرطة تقـل مـع البلـوغ، ولكـن لـوحظ أن نـصف الحالات يمكن الـتأثير عليهم ولفت أنتباههم بسهولة، تقلـب المـزاج، الأنفعاليـة الزائـدة، عدم القدرة على أكمال العمل المناط به ان الأطفـال الـذين يجـدون الـدعم والحـب مـن الوالدين، والذين يقومون بالتعاون مع المدرسـة والطبيـب المعـالج، يمكـن لهـم التحـسن بدرجة كبيرة، كما يمكنهم التكيف مع حياتهم اليومية.

هـل يحـدث اضـطراب فـرط الحركـة وتـشتت الانتبـاه مـع حـالات أخـرى؟

تختلط أعراض الحالة مع حالات سلوكية أخرى، وقد تحدث تلـك الأمـراض مـع الحالـة نفسها، ومنها:

- صعوبات التعلم – الديسليكسيا Learning disabilities .
- التوحد Autism.
- القلق والاكتئاب Anxiety disorder – Depression .
- الخرس أو الصمم الاختياري Elective mutism .
- اضطراب السلوك – التصرفConduct Disorder .

- اضطراب المعارضة والعصيان (ODD) Oppositional defiant disorder .

سمات الطفل المصاب بفرط الحركة

أولا: سماته الحركية:

أ- سمات اضطراب نقص الانتباه وقلة التركيز:

1- الظهور بمظهر من يحلم أحلام اليقظة.

2- الانطوائية والخجل

3- سلبية الطبع والابتعاد عن مواجهة الآخرين (سلبية الطفل).

4- صعوبة متابعة التوجيهات والإرشادات الموجهة له.

5- القلق والاضطراب وشد الأعصاب في الغالب.

6- ضعف الذاكرة.

7- صعوبة التركيز لفترة طويلة، وسهولة تشتت الانتباه بأي مثير خارجي.

8- عدم القدرة على الانتباه للتفاصيل الدقيقة.

ب- سمات فرط الحركة والاندفاع:

1- اللعب بالأدوات المدرسية، مثل القلم، كان يكثر من بري الأقلام.

2- كثرة الحركة والتململ أثناء الجلوس على الكرسي.

3- كثرة الكلام والثرثرة.

4- مضايقة التلاميذ الآخرين في الصف .

5- التصرف بسذاجة، فتراه اخرقاً، وفوضوي في تصرفاته.

6- الاندفاع والتهور وسهولة الإثارة والافتقار إلى القدرة على ضبط السلوك.

7- القفز أو التأرجح عند الانتقال من مكان إلى آخر.

8- الانتقال من نشاط إلى آخر قبل الانتهاء من النشاط الأول.

9- عدم القدرة على انتظار الدور في الألعاب أو المجموعات او على الجلوس، عندما يكون ذلك إلزامياً أو مطلوباً

10- الانخراط في العاب حركية خطيرة دون تقدير للعواقب، مثل الجري في الشارع دون انتباه.

ثانياً: سماته العاطفية:

1- التهور، وسرعة الغضب والهيجان.

2- الاستجابة بسرعة ودون تفكير.

3- اللامبالاة بعواقب الأمور ونتائج تصرفاته.

4- الميل إلى لوم الاخرين على تصرفاتهم الخاطئة.

5- الإلحاح وعدم الصبر وعدم انتظار دوره.

6- تذبذب المزاج وسرعة تقلبه.

7-انخفاض مستوى نضوجه العاطفي وعدم تناسبه مع عمره.

8- صعوبة التكيف مع الظروف الجديدة

9- عدم القدرة على التعبير عن رأيه الشخصي بوضوح.

ثالثاً: سمات العلاقة مع الاخرين:

1- الافتقار إلى المهارات الاجتماعية، مثل السلام وتبادل التحية.

2- فشله في تكوين صداقات مع أقرانه، وتكون صداقاته مع من يكبره سناً، لأنهم يدركون طبيعة سلوكه المرضي.

2- إقحام نفسه فيما لايعنيه.

4- عدم التعاطف مع الآخرين.

رابعاً: سمات الأداء التعليمي :

1- وجود صعوبات تعليمية لديه في النطق، والكتابة والقراءة والحفظ.

2- الافتقار إلى مهارة حل المشكلات، واعتماده على الاخرين باستمرار (اتكالي).

3- عدم ترتيب الأفكار والعمل، وفقد الادوات المدرسية في الغالب.

4- عدم وجود اهتمام بالوقت، فإما أن يقوم بالعمل ببطء شديد، وإما أن ينهي العمل بسرعة دون تحري الدقة.

5- انخفاض الاستجابة والتفاعل مع الحوافز أو التخويف.

6- يكون أداؤه اقل ممن هم في عمره بسنة أو سنتين.

7- صعوبة إيصال المعلومات التي يعرفها لغيره.

خامساً: سمات هذا الاضطراب في سن المراهقة:

1- ظهور نقص الانتباه على صورة الفوضوية، وعدم التنظيم في الحياة اليومية والمدرسية، ونتيجة لهذا يتصف أداؤه الدراسي بالضعف الشديد مما يؤدي إلى التأخر الدراسي، والرسوب المتكرر أحياناً.

2- قد يفصل من المدرسة بسبب سلوكياته غير السوية، مثل تعاطي المخدرات.

سادساً: سمات هذا الاضطراب في سن الرشد:

1- صعوبة في التركيز، واضطراب المزاج، وضعف الذاكرة والخصائص المعرفية.

2- صعوبة تكوين الصداقات بسبب تداخل سلوكيات هذا الاضطراب مع امراض سلوكية أخرى، مثل الشخصية اللاأخلاقية.

التشخيص غالباً ما يكون من الصعب جداً تشخيص هذه الحالة، حيث أنها تتشابه مع أمراض كثيرة أخرى، ولهذا لابد من توافر شروط معينه، لكي يمكن تمييز هذا المرض، ومن شروط التشخيص لهذا الاضطراب:

1- استمرارية بداية ظهور الأعراض والسمات ستة أشهر فأكثر.

2- أن تكون بداية ظهور الأعراض قبل سن السابعة من عمر الطفل.

3- تواجد وظهور السمات المرضية على الأقل في بيئتين مختلفتين لهذا الطفل أو أكثر، مثل بيئة المدرسة وبيئة المنزل، أو المدرسة والشارع.

4- يجب أن تكون هذه السمات المرضية قد أثرت على مستواه الاجتماعي والأكاديمي تأثيراً واضحاً وبليغاً.

5- مع تواجد هذه السمات التالية:

أ- أن تكون لدى الطفل ست سمات فأكثر من سمات نقص الانتباه، حتى يتم تشخيصه باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والذي تغلب عليه صفة نقص الانتباه.

ب- أو أن تكون لدى الطفل ست سمات، فأكثر من سمات فرط الحركة والاندفاعية، حتى يتم تشخيصه باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والاندفاعية.

6- يجب التأكد من خلو الطفل من الأمراض الذهانية، مثل، الفصام والاكتئاب، وغيرها.

ويجب الاشارة الى انه لا توجد فحوصات تجرى من اجل التشخيص مع العلم ان لدى الطفل المصاب سمات معينة في تخطيط المخ، وكذلك في الرنين المغناطيسي للمخ لكنها ليست تشخيصية، ولهذا غالباً ما يتم التشخيص بدون أي تحاليل أو فحوصات معينة، ولكن عادة يمر الطفل على طبيب الأطفال العام للتأكد من عدم وجود أسباب عضوية لهذا الاضطراب.

كما ينبغي التذكير أن هناك مجموعة من المقاييس والاستبيانات، وكذلك بعض الاختبارات النفسية التي يتم من خلالها التشخيص أحياناً، أو قياس شدة تشتت الانتباه أو غيرها من الأعراض أو مدى التحسن بعد العلاج، لكن التشخيص يكون في الأغلب بحسب قصة المرض والشكوى وليس بالضرورة بالمقاييس.

كما يتحسن بعض هؤلاء الاطفال تدريجياً ودون الحاجة للعلاج، بينما تستمر المشكلة عند غالبية الاطفال لفترة طويلة، وبعضهم (تقريباً 30٪) تستمر المشكلة لديهم طوال العمر.

العلاج السلوكي

ان افضل طريقة للتأثير على اي سلوك هي ان توليه اهتمامك، ولهذا فإن افضل طريقة لزيادة السلوك المرغوب فيه هي ان تولي الطفل اهتمامك، بينما هو يسلك هذا السلوك، لذلك يعتبر العلاج السلوكي من العلاجات الناجحة والفعالة في علاج اضطراب الانتباه، وفرط الحركة لدى الاطفال.

وعادة يتلقى اطفال تشتت الانتباه، وزيادة النشاط الحركي كمية هائلة من التغذية السلبية، كاللوم والعقاب وربما الاهانة، وهذا له اثر عكسي كبير على سلوك الطفل، ومن هذا المنطلق نشأ بدأ العلاج السلوكي الذي يقوم على نظرية التعلم.

1. يقوم المعالج على تحديد السلوكيات الغير مرغوبة لدى الطفل، وتعديلها بسلوكيات اخرى مرغوبة، من خلال تدريب الطفل عليها في مواقف تعليمية.
2. عادة مايستخدم التعزيز الايجابي مع هذا النوع من العلاج وهو يعني مكافأة الطفل بعد قيامه بالسلوك الصحيح الذي تدرب عليه، وقد يكون هذا التعزيز الايجابي اما مادي او معنوي، كالتقبيل وعبارات المدح والثناء او الهدايا، وبهذا يكون المعالج السلوكي قد استبدل التغدية السلبية التي تؤدي الى نتائج سيئة لا حصر، لها بالاهتمام والتغذية الايجابية التي ترفع من مستوى تعلم الطفل الذي يعاني من مرض تشتت الانتباة، وفرط الحركة، وتضعه رويداً على الطريق الصحيح.
3. يحتاج الطفل الى بعض الوقت لتعلم السلوك الصحيح، ومن ثم سيبدأ بإدراك اي السلوك المتوقع منه وماهي العواقب الايجابية ان هو سلك السلوك الصحيح، وما هي العواقب التعليمية ان هو كسر اللوائح وخالف السلوك الصحيح.
4. يفضل منح التعزيز الايجابي مبكراً قدر المستطاع فهذا يسهم في سرعة التصحيح الايجابي لسلوك الطفل، كما يفضل ان يكون الجزاء الايجابي والجوائز اكثر من العقاب، فالاطفال الذين يتعرضون للكثير من التغذية السلبية (اللوم، التأنيب) غالباً مايصبحون معارضين او مكتئبين، فإدارة السلوك بعقلانية دون المزيد من التفاعل المبالغ فيه خصوصاً العقاب والنقد، يساعد في منع التأثيرات الجانبية لسوء ادارة اضطراب تشتت الانتباه و فرط الحركة.

ويعتمد العلاج السلوكي بالأساس على لفت نظر الطفل بشيء يحبه ويغريه على الصبر لتعديل سلوكه، وذلك بشكل تدريجي بحيث يتدرب الطفل على التركيز أولاً لمدة

10 دقائق، ثم بعد نجاحنا في جعله يركِّز لمدة 10 دقائق ننتقل إلى زيادتها إلى 15 دقيقة، وهكذا.

- لكن يشترط لنجاح هذه الإستراتيجية في التعديل أمران:

1- الصبر عليه واحتماله إلى أقصى درجة، فلا للعنف معه؛ لأن استخدام العنف معه ممكن أن يتحول إلى عناد، ثم إلى عدوان مضاعف؛ ولهذا يجب أن يكون القائم بهذا التدريب مع الطفل على علاقة جيدة به، ويتصف بدرجة عالية من الصبر، والتحمل، والتفهم لحالته، فإذا لم تجدي ذلك في نفسك، فيمكن الاستعانة بمدرس لذوي الاحتياجات الخاصة ليقوم بذلك.

2- يجب أن يعلم الطفل بالحافز (الجائزة)، وأن توضع أمامه لتذكِّره كلما نسي، وأن يعطى الجائزة فور تمكنه من أداء العمل، ولا يقبل منه أي تقصير في الأداء، بمعنى يكون هناك ارتباط شرطي بين الجائزة والأداء على الوجه المتفق عليه (التركيز مثلاً حسب المدة المحددة...)، وإلا فلا جائزة ويخبر صراحة بذلك.

كيفية التعامل مع اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

لا يوجد حل سهل للتعامل مع هذا الاضطراب سواء في الصف أو المنزل، وفي نهاية المطاف نجاح وفعالية العلاج تعتمد على تعاون المدرسة وولي الأمر واتباعهم أساليب مشتركة، ومعرفة كل منهم ما يكفي للتصرف بالشكل الصحيح مع الطفل ولذلك فمن المهم ملاحظة ما يأتي:

1- التأكد من أن ما عند الطالب هو اضطراب فرط الحركة و نقص الانتباه فعلاً، ليس من دور المعلم تشخيص الاضطراب، ولكنه قد يتساءل عن بعض الأمور، مثل هل تم فحص سمع ونظر الطفل ؟ هل تم تشخيص الطفل وعرضه على مختص ذي خبرة ؟.

2- بناء فريق عمل ومصدر دعم ومساندة، ابحث عن شخص ذي خبرة في هذا المجال للمساعدة عند الحاجة، كشخص مختص بصعوبات تعلم، أو طبيب أطفال، أوأخصائي نفسي، أو أخصائي اجتماعي.

3- اعرف حدودك ليس من المخجل طلب العون والمساعدة.

4- اسأل الطفل عما قد يساعده على التركيز وما الذي يشتت انتباهه: قد يصل الطفل إلى مرحلة يعرف فيها نقاط ضعفه وقوته، ولكنه لن يعطيك هذه المعلومات إن لم تسأله، أو قد لا يجيد التعبير، فينبغي عليك طرح الأسئلة لتستشف الإجابة.

5- تذكر أن هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى النظام، ضع قوائم وجداول تساعدهم وتذكرهم، فهم يحتاجون لمن يذكرهم مع تكرار التذكير.

6- تذكر الجزء العاطفي من التدريس، فهم يحتاجون مساعدة خاصة لإيجاد متعة التعلم، بدلاً من الإحباط.

7- ضع التعليمات، اكتبها وضعها في مكان واضح للجميع.

8- كرر التوجيهات، اكتبها على ورق، الفظها.

9- احرص على التواصل البصري فقد تكفي "نظرة" لجذب انتباه طفل سرحان.

10- اجلس الطفل بالقرب منك.

11- ضع الجدول اليومي للمواد في مكان واضح ولا تغيره إلا بعد لفت نظر الطالب لذلك، فهو يحتاج وقتا ليستعد للانتقال من نشاط لآخر أو قبل حدوث أي تغير في النظام المعتاد، وإن كان لا يبدو مهتماً بذلك.

12- حدَ من استخدام الامتحانات ذات الوقت المحدد أو ألغها، فلا توجد قيمة أكاديمية مهمة قاطعة في تحديد الوقت.

13- ليكن الهدف نوعية العمل، وليس الكمية خاصة، بما يخص الواجبات المنزلية وتقييمها.

14- راقب تطور الطفل عن كثب: اجتمع مع الطفل وعبرّ عن رأيك بالنسبة لتقدم مستواه.

15- جزيئ الأعمال أو المهام الطويلة أو المعقدة إلى أجزاء وخطوات صغيرة.

16- استمتع بوقتك في الصف: حاول إدخال ما هو جديد في يومك كمدرس أسلوب جديد، الضحك، الحماس، فهذه مؤثرات تزيد من حماس الطفل وتركيزه.

17- احرص على عدم زيادة المؤثرات التي تشتت انتباه الطفل.

18- ابحث وعزز النجاح، وإن كان صغيراً حيث يواجه الطفل الفشل بشكل مستمر، فيحتاج إلى المعاملة الإيجابية، فالطفل يستفيد من المديح والتشجيع بشكل كبير جداً.

19- الذاكرة والحفظ قد تشكل مشكلة: علمّهم أساليب مختلفة تساعدهم على التذكر والحفظ، مثل استخدام السجع، أو البطاقات، أو القيام بحركات معينة.

20- استخدم التلخيص وعلمهم كيف يؤشر على الجمل المهمة في النص أو يبرزها، لاستخلاص النقاط أو المفاهيم المهمة و الأساسية.

21- بسّط التوجيهات، بسط الخيارات، بسط اللغة المستخدمة في الشرح.

22- اخبرهم عن تصرفاتهم ففي معظم الأحيان لا يعي الطفل مدى انطباع الآخرين عنه أو أثر تصرفاته و حاول أن يكون ذلك بطريقة إيجابية وأسأل الطفل: "هل تعرف ماذا فعلت لتوك ؟ " كيف تعتقد أنه من الممكن صياغة ما قلت بشكل مختلف "؟ "لماذا تعتقد أنه قد ظهر على صديقك الحزن- الغضب عندما فعلتَ / قلتَ ذلك "؟

23- حدد توقعاتك وأهداف الطفل.

24- اعرض المساعدة على الطفل لتعلم المهارات الاجتماعية، فقد تكون عنده صعوبة قراءة تعابير الوجه أو علامات أخرى، وقدم النصائح. مثلاً "عند

الحديث انظر إلى الشخص الآخر" و" قبل البدء بالحديث اسمح للشخص الآخر بإنهاء حديثه ".

25- درب الطالب إلى طريقة حل التمارين وكيفية التعامل مع الامتحانات.

26- عند الإمكان اجعل الطفل مسؤولاً عن شيء ما.

27- لمساعدة التواصل بين المدرسة، وولي الأمر استخدم سجلاً يومياً، وحاول قدر المستطاع تدوين كل تقدم أو ملاحظة عن الطفل.

28- مع الأطفال الأكبر سناً، اجعلهم يدونون ويسجلون بأنفسهم الأسئلة التي تدور في أذهانهم، ضع لهم قوائم تساعدهم على تذكير أنفسهم، وهكذا ليتعلموا الاعتماد على النفس.

29- الكتابة والخط تشكل صعوبة أحياناً فاسمح باستخدام البدائل مثل الحاسب الآلي، أو تسجيل الإجابات على شريط، أو الإجابات الشفهية.

30- في كل مادة ابحث عن طالب لديه القدرة على المساعدة وخاصة عند الطالب الأكبر سناً فقد يستفيد كثيراً من النقاش مع زميله وهي طريقة جيدة لزيادة عدد الأشخاص الذين يتعامل معهم الطالب.

31- لا تجعل من الطالب حالة " خاصة "، وإنما اجعل التعليمات والتوجيهات عامة وللجميع.

32- احرص على التواصل مع ولي الأمر، فلا تكون المقابلة فقط عند مناقشة مشكلة ما.

33- احرص على التكرار التكرار التكرار.

34- التمارين الرياضية من أفضل الوسائل التي يمكن دمجها في اليوم الدراسي، فهي تتيح الفرصة للتخلص من الطاقة الزائدة لدى الأطفال وتساعد على التركيز، كما تنشط بعض الهرمونات المفيدة وهي ممتعة، فاحرص أن تكون التدريبات ممتعة ليمارس الطفل الرياضة كجزء طبيعي من حياته.

كيف تتعامل مع طفل يعاني من اضطراب فرط الحركة و نقص الانتباه

عمل المدرس شاق ومرهق، ويزداد صعوبة عندما يواجه طفلاً يعاني من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، ونحن نثق بمقدرتك على التعامل معه، ولكن لجعل مهمتك أكثر سهولة من المهم أن نذكرك بما يأتي:

1- تثقيف نفسك:

أ - ما هو اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه.

ب - ما هي طرق العلاج وما هو المتوفر منها.

جـ - ما هو دورك في التشخيص والعلاج كمدرس، كمعلم.

اجعل مطالعاتك تشمل اضطرابات أخرى وصعوبات تعلم واتصل بأقرب مجموعة دعم أو مختصين لتبادل الخبرات.

2- التواصل و العلاقة الجيدة مع الأهل أو ولي الأمر.

3- الإدارة الناجحة لهذا الاضطراب هي مهمة جماعية تتطلب فريق عمل وتضامن الجهود، ونذكر بعض الأمثلة لما يمكن أن توفره هذه الجهود:

أ - التقارير الأسبوعية أو اليومية عن تصرفات الطالب، ومستواه.

ب - مراقبة الساحة / الملعب للتأكد من أن الطفل لدية علاقات اجتماعية وصداقات في المدرسة.

ج - تنبيه ولي الأمر حالاً عند حدوث أو ملاحظة أي تغير في المستوى أو التصرف لدى الطفل.

3 - تعلم واستخدام طرق لإدارة الفصل وأساليب التوجيه:

- تعلم مبادئ أساسية تساعدك في أسلوبك لتعديل سلوك الطالب في الصف.

- هناك بعض القوانين العامة التي يجب علينا اتباعها عند التعامل مع الطالب في المدرسة أو خارجها نذكرك بها، وهي:

أ- استمرارية النظام هو مفتاح مساعدة الطفل:

لا يجيد هؤلاء الأطفال التعامل مع التغيرات وإن كانت إيجابية، ويحتاجون إلى نظام خارجي لإحساسهم بالتشتت والفوضى.

ب- الأطفال لديهم نوعان من الوقت: الكثير أولا شيء.

عادة يكونون ضعفاء في تنظيم وقتهم وتحتاج، لمساعدتهم لتجزئة مهامهم وتدبير وقتهم.

ج- ضعهم في مقدمة الفصل:

لا تدعهم يجلسون في آخر الفصل أو بجانب نافذة، بل الأقرب إلى السبورة أو مكان تواجد المعلم.

د- لا تجلس الطفل في مكان مشترك عندما يحتاج للتركيز.

هـ- استخدم الألوان والأشكال الهندسية لمساعدتهم على التنظيم، مثلاً وضع دائرة بلون معين على كل ما يخص مادة معينة.

و- حاول ملاحظة الفترة الزمنية التي يستطيع الطالب التركيز فيها واعمل على التنويع، مثلاً إذا كان الطفل يفقد قدرته على التركيز بعد 7 دقائق، حاول ذكر أهم المعلومات خلال هذه الفترة، ثم غير النشاط، إذا كنت تتحدث إليهم فقط اجعلهم يكتبون شيئاً، ذا علاقة بفكرة محددة أو تلخيص أو اكتب على السبورة أو استخدم أداة توضيح للفترة التي تليها، وهكذا.

ز- العديد من الأطفال يتعلمون Visual:

اطلب من الطالب تخيل مشهد معين وإعادته (مثل فلم) بدلاً من حفظ كلمات مجردة فقط.

ك- لا تقلق إن كنت تشعر بالإحباط، كذلك ولي الأمر، وكذلك الطفل، لا تأخذ تصرفاته بشكل شخصي أو موجه إليك.

الأساليب التي يمكن أن اتباعها في تعديل سلوك الطفل

فيما يلي بعض الأساليب التي يمكن أن اتباعها في تعديل سلوك الطفل، والتي كانت واردة بأحد الأبحاث العربية المنشورة على الإنترنت:

1- التدعيم الإيجابي اللفظي للسلوك المناسب، وكذلك المادي، وذلك بمنح الطفل مجموعة من النقاط عند التزامه بالتعليمات، تكون محصلتها النهائية الوصول إلى عدد من النقاط تؤهله للحصول على مكافأة، أو هدية، أو مشاركة في رحلة، أو غيرها، وهذه الأساليب لتعديل السلوك ناجحة ومجربة في كثير من السلوكيات السلبية، ومن ضمنها "النشاط الحركي الزائد"، ولكن يجب التعامل معها بجدية ووضوح حتى لا تفقد معناها وقيمتها عند الطفل، مع الأخذ في الاعتبار طبيعة الطفل، وأنه لا يمكنه الاستقرار والهدوء لفترة طويلة، ولذلك فتستخدم في الأمور التي تجاوز حد القبول، إما لضررها أو لخطرها، مع توضيح ذلك للطفل وذكر الحدود التي لا يمكنه تجاوزها.

2- جدولة المهام، والأعمال، والواجبات المطلوبة، والاهتمام بالإنجاز على مراحل مجزأة مع التدعيم والمكافأة، وذلك بشرح المطلوب من الطفل له بشكل بسيط ومناسب لسنه واستيعابه، والاستعانة بوسائل شرح مساعدة لفظية وبصرية، مثل الصور والرسومات التوضيحية والكتابة لمن يستطيعون القراءة، وعمل خطوات معينة يجب عملها تبعاً لجدول معين وفي وقت معين، ويتم تطبيق هذا البرنامج بواسطة اختصاصي نفسي واختصاصي تربية خاصة، بالتضافر مع الأهل، والمعلم، والطبيب، إذا كان هناك حاجة مرضية، مثل نقص مواد معينة بالجسم أو وجود ضرورة التحكم في فرط النشاط عن طريق أدوية معينة). وستجدي تفاصيل تطبيق هذه التقنيات في استشارة أخرى سنوردها لك في نهاية الاستشارة.. ويمكن التعامل مع الطفل في مثل هذه الحالة عن طريق وضع برنامج يومي واضح يجب أن يطبقه بدقة، والإصرار على ذلك عن طريق ما

يسمّى بـ "تكلفة الاستجابة"، وهـي إحـدى فنيـات تعـديل الـسلوك، وتعـني هـذه الطريقة (فقدان الطفل لجزء من المعززات التي لديه نتيجة سـلوكه غـير المقبـول، وهو ما سيؤدي إلى تقليل أو إيقاف ذلـك الـسلوك)، ومثـل ذلـك إلغـاء بعـض الألعاب، بل وسحبها مقابل كل تجاوز يقوم به الطفل خارج حدود التعليمات.

3- التدريب المتكرر على القيام بنشاطات تزيـد مـن التركيـز والمثـابرة، مثـل تجميـع الصور، وتصنيف الأشياء (حسب الشكل/ الحجم/ اللون)، والكتابـة المتكـررة، وألعاب الفك والتركيب، وغيرها.

4- العقود: يعني بذلك عقد اتفاق واضح مع الطفل على أساس قيامـه بـسلوكيات معينة، ويقابلها جوائز معينة، والهدف هنا تعزيز السلوك الإيجابي وتدريب الطفل عليه، ويمكننا إطالة مدة العقد مع الوقت، ويجب هنـا أن تكـون الجـوائز المقدمـة صغيرة ومباشرة، وتقدم على أساس عمل حقيقي متوافـق مـع الـشرط والعقـد المتفق عليه، ومثال ذلك العقد:

(سأحصل كل يوم على "ريال، ريالان"، مثلاً حسب الظروف، إضافية إذا التزَمْت بالتالي:

- الجلوس بشكل هادئ أثناء تناول العشاء.
- ترتيب غرفتي الخاصة قبل خروجي منها.
- إكمال واجباتي اليومية في الوقت المحدد لها.

ويوقع على هذا العقد الأب والابن، ويلتزم الطرفان بما فيه، ويمكن لـلأب أن يقدم للطفل أو المراهق بعض المفاجآت الأخرى في نهاية الأسبوع، كاصطحابه في نزهة أو رحلة، أو أي عمل آخر محبب للابن، إذا التزم ببنود العقـد بـشكل كامل، وتكون هذه المفاجآت معززاً آخر يضاف لما اتفق عليه في العقد.

5- **نظام النقطة**: - من المهم جداً أن تكون هذه اللوحة في مكان واضح ومـشاهد للطفل حتى يراها في كل وقت، ونظام الـنقط ذلـك مفيـد للأطفـال الـذين لا يستجيبون للمديح أو الإطراء، وهي مفيدة لأنها تتتبع للسلوك بشكل مباشـر،

ولكن يجب فيها المبادرة بتقديم الجوائز المتفق عليها على ألا تكون مكلفة للأسرة، وأن تقدم بشكل واضح ودقيق حسب الاتفاق حتى لا تفقد معناها.

- يعني به أن يضع الأب أو المعلم جدولا ًيومياً مقسماً إلى خانات مربعة صغيرة أمام كل يوم، ويوضع في هذه المربعات إشارة أو نقطة عن كل عمل إيجابي يقوم به الابن سواء إكماله لعمله أو جلوسه بشكل هادئ أو مشاركته لأقرانه في اللعب بلا مشاكل، ثم تحتسب له النقاط في نهاية الأسبوع، فإذا وصلت إلى عدد معين متفق عليه مع الطفل فإنه يكافأ على ذلك مكافأة رمزية.
- يمكننا إضافة النقطة السلبية التي تسجل في نفس الجدول عن أي سلوك سلبي يقوم به، وكل نقطة سلبية تزيل واحدة إيجابية، وبالتالي تجمع النقاط الإيجابية المتبقية ويحاسب عليها.

6- **وضوح اللغة وإيصال الرسالة**: و المعنى هنا أن يعرف الطفل ما هو متوقع منه بوضوح وبدون غضب، وعلى والده أن يذكر له السلوك اللائق في ذلك الوقت، فيقول الأب مثلاً: "إن القفز من مكان إلى آخر يمنعك من إتمام رسمك لهذه اللوحة الجميلة"، أو "إن استكمالك لهذه الواجبات سيكون أمراً رائعاً".

- المهم هنا هو وضوح العبارة والهدف للطفل، وتهيئته لما ينتظر منه، وتشجيعه على القيام والالتزام بذلك.

أما إذا فشلت كل هذه الطرق في تحقيق النتيجة المأمولة، فيمكن إعطاء الأطفال بعض الأدوية والأطعمة الخاصة المناسبة، من أجل حدوث الاسترخاء العضلي عندهم، وتدريبهم على التنفس العميق وممارسة بعض التدريبات العضلية التي لها تأثير إيجابي على الأطفال ذوي النشاط الحركي الزائد، ويتم ذلك عن طريق مراجعة إحدى العيادات النفسية المتخصصة.

متى يتم التشخيص

ان أضطراب فرط الحركة وقلة الانتباه حالة نمائية، أي أن الطفل يصاب بها في مرحلة الحمل وقبل الولادة، ويمكن تشخيصها في أي مرحلة عمرية معتمدة على شدة الأعراض ونوعيتها، ولكن بعض تلك الأعراض تحدث بشكل متكرر لدى الأطفال الطبيعيين خلال مرحلة النمو، لذى يكون من الصعوبة القدرة على التشخيص الكامل، ولكن عند دخول الطفل للمدرسة (خمس - ست سنوات)، فهناك العديد من العوامل التي تساعد على ظهور الأعراض، مثل البيئة المدرسية واختلافها عن المنزل، الضغوط التي يواجهها الطفل في المدرسة، كما أن الأعراض التي يتم تجاهلها في المنزل كأعراض طبيعية يمكن أبرازها في المدرسة.

كيف يتم التشخيص

يتم التشخيص من خلال الفحص الطبي لأستبعاد الحالات المرضية الأخرى، كما يتم التقييم الطبي والنفسي من خلال معايير مقننة لكل مرحلة عمرية، كما يتم متابعة الطفل وملاحظة التغيرات التي تحدث، والسلوكيات، وتسجيلها من خلال الوالدين والمدرسين، ومن يقوم برعايته.

كيف يمكن العلاج

ليس هناك علاج شاف يزيل الحالة، ولكن الطرق العلاجية، يمكن من خلالها التحكم في الأعراض المرضية، ومنها:

1- العلاج الدوائي.
2- العلاج الغذائي.
3- برامج تعديل السلوك.
4- البرامج التربوية.
5- برامج الإرشاد الأسري.

دور الأسرة والمجتمع في علاج الطفل المصاب بمرض فرط الحركة

لقد حاولت يوم وضع ابنك تحت مراقبتك الأبوية التربوية أثناء دراسته وتأدية واجباته المدرسية، وهل سالت نفسك لماذا يستجيب هذا الابن لكل ما يحدث حوله حتى لو كان خارج المنزل، في الحديقة مثلاً إن حفيف الأشجار أو صوت أخ أو أخت كفيلان أن يشتتا انتباهه، فيترك دراسته، ليلعب بإحدى لعبه وفي أثناء عودته للدراسة يداعب أخاه الصغير، لماذا لا يبقى فترة كافية لإنهاء واجباته ؟

كما تبدو مشكلة فترة الانتباه القصير، أنها صعبة الحل، ولكن الخبراء يقولون أن هناك أشياء كثيرة يمكنك القيام بها لمساعدة طفلك، وتحسين تركيزه نوجزها في التالي:

1- **التشاور والتباحث مع المدرس:**

إذا كانت هذه المشكلة تحدث مع طفلك فقط في المدرسة، فقد يكون هناك مشكلة مع المدرس في أسلوب شرحه للدرس، وفي هذه الحالة لابد من مقابلة المدرس ومشاورته، ومناقشة المشكلة والحلول الممكنة.

2- **مراقبة الضغوطات داخل المنزل:**

إذا كانت هذه المشكلة تحدث مع طفلك في المنزل فقد يكون ذلك رد فعل لضغوط معينه في المنزل، فإذا لاحظنا تشتت الانتباه أو النشاط الزائد أو الاندفاع "التهور" لدى طفلك وأنت تمر بظروف انفصال أو طلاق أو أحوال غير مستقرة، فان هذا السلوك قد يكون مؤقتاً، ويقترح الأخصائيون هنا زيادة الوقت الذي تقضيه مع الطفل، حتى تزيد فرصته في التعبير عن مشاعره.

3- **فحص حاسة السمع:**

إذا كان طفلك قليل الانتباه وسهل التشتت ولكن غير مندفع أو كثير الحركة، فعليك فحص حاسة السمع عنده للتأكد من سلامته، وعدم وجود أي مشكلات به وبعمليات الاستماع، ففي بعض الأحيان رغم أنه يسمع جيداً يحتمل أن المعلومات لاتصل كلها بشكل تام للمخ.

4- زيادة التسلية والترفيه:

يجب أن تحتوي أنشطة الطفل على الحركة والإبداع، والتنوع، والألـوان والتمـاس الجسدي والإثارة، فمثلاً عنـد مـساعدة الطفـل في هجـاء الكلمـات يمكـن للطفـل كتابـة الكلمـات علـى بطاقـات بقلـم ألـوان، وهـذه البطاقـات تـستخدم للتكـرار والمراجعـة والتدريب.

5- تغيير مكان الطفل:

الطفل الذي يتشتت انتباهه بسرعة يـستطيع التركيـز اكثـر في الواجبـات ولفـترات أطول، إذا كان كرسي المكتب يواجه حائطاً، بدلاً من حجرة مفتوحة أو شبك.

6- تركيز انتباه الطفل.

اقطع قطعة كبيره من الورق المقوى على شكل صورة ما وضعها علـى مـساحة أو منطقة تركيز الانتباه أمام مكتب الطفل واطلب منه التركيز والنظر داخـل الإطـار وذلـك أثناء عمل الواجبات، وهذا يساعده على زيادة التركيز.

7- لاتصال البصري:

من اجل تحسين التواصل مع طفلك قليل الانتباه عليك دائماً بالاتـصال البـصري معه قبل الحديث والكلام.

8- ابتعد عن الأسئلة المملة:

تعود على استخدام الجمل والعبارات بدلاً من الأسئلة فالأوامر البسيطة القـصيرة أسهل على الطفل في التنفيذ، فلا تقل للطفل (ألا تستطيع أن تجد كتابك) فبدلاً من ذلك قل له اذهب واحضر كتابك الآن وعد قل له أرني ذلك.

9- حدد كلامك جيداُ:

يقول جولد شتاين، الخبير بشؤون الأطفال دائماً أعـط تعليمـات إيجابيـة لطفلـك، فبدلاً من أن تقول لا تفعل كذا، اخبره أن يفعل كـذا وكـذا، فـلا تقـل (ابعـد قـدك عـن الكرسي)، وبدلاً من ذلك قل له (ضع قدمك علـى الأرض) وإلا سـوف يبعـد الطفـل قدميه عن الكرسي، ويقوم بعمل آخر كأن يضع قدميه على المكتبة.

10- إعداد قائمة الواجبات:

عليك إعداد قائمة بالأعمال والواجبات التي يجب على الطفل أن يقوم بها ووضع علامة (صح) أمام كل عمل يكمله الطفل، وبهذا لا تكرر نفسك، وتعمل هذه القائمة كمفكرة، والأعمال التي لا تكتمل أخبر الطفل أن يتعرف عليها في القائمة.

11- تقدير وتحفيز الطفل على المحاولة:

كن صبوراً مع طفلك قليل الانتباه فقد يكون يبذل أقصى ما في وسعه، فكثيراً من الأطفال لديهم صعوبة في البدء بعمل ما والاستمرار به.

12- حدد اتجاهك جيداً:

خبراء نمو الأطفال ينصحون دائما بتجاهل الطفل عندما يقوم بسلوك غير مرغوب فيه، ومع تكرار ذلك سيتوقف الطفل عن ذلك لأنه لا يلقى أي انتباه، لذلك والمهم هو إعارة الطفل كل انتباه عندما يتوقف عن السلوك الغير مرغوب ويبدأ في السلوك الجيد.

13- ضع نظاماً محددا والتزم به:

التزم بالأعمال والمواعيد الموضوعة، فالأطفال الذين يعانون من مشكلات الانتباه يستفيدون غالباً من الأعمال المواظب عليها والمنظمة، كأداء الواجبات ومشاهدة التلفاز، وتناول الأكل وغيره ويوصى بتقليل فترات الانقطاع والتوقف، حتى لا يشعر الطفل بتغيير الجدول أو النظام وعدم ثباته.

14- أعط الطفل فرصة للتنفيس:

لكي يبقى طفلك مستمراً في عمله فترة أطول يقترح الخبراء السماح بالطفل، ببعض الحركة أثناء العمل، فمثلاً أن يعطى كرة إسفنجية من الخيط الملون أو المطاط يلعب بها أثناء عمله.

15- التقليل من السكر:

حيث كثير من الأبحاث لا تحذر من السكر كثراً، ولكن يرى بعض المختصين أنه يجب على الأباء تقليل كمية السكر التي يتناولها الطفل، فبعد تشخيص ما يقرب من 1400 طفل وجد حوالي ثلث الأطفال يتدهور سلوكهم بشكل واضح، عند تناولهم

الأطعمة مرتفعه السكريات، وأثبتت بعض البحوث أيضا أن الطعام الغني بالبروتين يمكن ان يبطل مفعول السكر لدى الأطفال الحساسين له، لذلك إذا كان طفلك يتناول طعاماً يحتوي على السكر فقدم له مصدر بروتين كاللبن، أو البيض، والجبن.

العلاج الدوائي

يجب الاشارة الى انه لا توجد فحوصات تجرى من اجل التشخيص مع العلم ان لدى الطفل المصاب سمات معينة في تخطيط المخ، وكذلك في الرنين المغناطيسي للمخ لكنها ليست تشخيصية، ولهذا غالباً ما يتم التشخيص بدون أي تحاليل أو فحوصات معينة، ولكن عادة يمر الطفل على طبيب الأطفال العام للتأكد من عدم وجود أسباب عضوية لهذا الاضطراب.

وينبغي التذكير أن هناك مجموعة من المقاييس والاستبيانات وكذلك بعض الاختبارات النفسية التي يتم من خلالها التشخيص أحيانا أو قياس شدة تشتت الانتباه أو غيرها من الأعراض أو مدى التحسن بعد العلاج، لكن التشخيص، يكون عيادي في الأغلب بحسب قصة المرض والشكوى وليس بالضرورة بالمقاييس.

كيف تعمل الأدوية العلاجية

- زيادة التركيز، لكي يستطيع القيام بالعمل الموكل له وانجازه، يستمع للتعليمات المعطاة له من الوالدين وغيرهم، لكي يستطيع التجاوب بشكل أفضل.
- التقليل من فرط الحركة، حيث يبقى الطفل جالساً مدة أطول، يقل لديه الجري والقفز.
- تقليل الاندفاعية، لكي يستطيع التفكير في الأمر قبل التصرف.
- التقليل من فرط الحركة والاندفاعية سيؤدي الى التقليل من العنف المصاحب.
- تخفيف القلق والاكتئاب.

ما هي مدة العلاج

نظراً لان اضطراب فرط الحركة وضعف التركيز حالة مزمنة فاننا نعطي العلاج، لسنوات حتى ينمو الجهاز العصبي للطفل، ونقوم كل سنة أو سنتين بمحاولة ايقاف الدواء، واختيار اداء الطفل بدونه وتتكرر هذه المحاولة عدة مرات حسب الحالة ورأي الطبيب المعالج.

العلاجات الدوائية لهذا الاضطراب

حسص ان هناك خطوات معينة وخطط علاجية متكاملة لمثل هذا الاضطراب، تستخدم فيها الادوية بالتعاون مع الوالدين، وذلك حسب حالة كل طفل، ومن ثم قد يقرر طبيبك اعطاء طفلك دواء محدد دون آخر بسبب بعض الأعراض دون أخرى، وتفيد المنبهات العصبية، وعلى عكس المتوقع كثيراً في علاج فرط النشاط الحركي عند الطفل، فهي تؤدي الى هدوء الطفل، وزيادة فترة التركيز عنده، ولا تعطى هذه الادوية، الا للأطفال ممن هم في سن المدرسة، واهمها:

- ميثيلفنيديت Methylphenidate وله مستحضرات متنوعة من أهمها الريتالين (Ritalin) (هو الدواء الأكثر أستخداماً في العالم)، فعاليته عالية، ويعيب عليه قصر مدة المفعول، يصنف الريتالين ضمن الادوية المنشطة، له علاقة بالناقل العصبي (ادرينالين) والنواقل العصبية الأخرى، كما أن له تأثير على شبكة الاعصاب فيما يسمى المخ المتوسط (Midbrain) ويقوم بتنظيم نشاط هذه الاعصاب بشكل افضل.
- أمفيتامين (أديرال) Amphetamine (Adderall) : هو دواء حديث، مفعوله أقوى من الريتالين ومدة عمله أطول، ومن اضراره الجانبية أقل، وغير متوفر.
- ديكستروأمفيتامين، ديكسدرين Dextroamphetamine Dexedrine : طريقة عمله ومفعوله مشابه للريتالين، ومنبه، ومدة عمله أطول، وغير متوفر.

- دواء التوفرانيل وبعض المركبات المقاربة له: تستخدم في الحالات المصحوبة بالقلق والاكتئاب وتغير المزاج والحالات النفسية المشابهة.
- دواء الستراتيرا: هو دواء جديد واعد وغير متوفر.
- دواء الكلونيدين: هو قليل الاستخدام عموماً.

واهم التاثيرات الجانبية لهذه الادوية هو الصداع والارق وقلة الشهية.

كيفية العلاج المثبت نجاحه علمياً لهذا الاضطراب

هناك أبحاث كثيرة أجريت على هذا الاضطراب لإيجاد طرق علاجية مختلفة، ومن هذه الدراسات دراسة ضخمة طويلة الأمد أجريت بدعم مباشر من المركز الوطني للصحة النفسية في الولايات المتحدة الأمريكية وهي دراسة اجتمع فيها الخبراء من الأطباء والأخصائيين النفسيين العياديين، وكذلك مختصين في التعليم الخاص، وقد تم أجراؤها بسبب ضغط الآباء والأمهات المعترضين على العلاج الدوائي ودعوى أن الأطباء وشركات الأدوية يستغلون هؤلاء الأطفال، لترويج دواء معين واستغلال هذا الاضطراب لصالحهم، وحظيت الدراسة بحيادية قوية، وكذلك بمنهجية قوية للغاية، وبعدد كبير من الأطفال والأهالي المشاركين، وقد قسم الأطفال المشاركين الى اربعة فرق:

1- فقط تتابع عن بعد وتحول للعلاج المعتاد في تلك المدينة بدون أي تدخل من الباحثين.
2- مجموعة تتلقى علاج سلوكي مكثف للغاية داخل مدرسة مخصصة لهذا الغرض، وكذلك برامج صيفية خارج المدرسة وتدريب للوالدين لمدة 12 جلسة على الاقل.
3- مجموعة تتلقى علاج دوائي مكثف ومقنن.
4- مجموعة تتلقى العلاج السلوكي والدوائي.

وتم رصد النتائج بشكل دقيق لمدة أثنا عشر شهراً تبين خلالها ان المجموعة الدوائية فقط ومجموعة الدواء مع العلاج السلوكي كانت الأكثر تحسناً وأستجابة، وتوبعت الحالات لمدة 3 سنوات أخرى فقط بعلاج دوائي، وتبين أن العلاج السلوكي اختفى

مفعوله بعد أيقافه، مما خالف المتوقع بأن يدوم مفعول العلاج السلوكي بعد أيقافه. ولهذا ترى الجهات العلمية المعتمدة في طب نفس الأطفال والمراهقين عالميا أن العلاج الدوائي ضروري للطفل، وأنه يساعد على تحسن كثير من المهارات والوظائف المعرفية والأجتماعية عند الطفل، وكذلك تقدم استجابته للعلاجات السلوكية والتأهيلية كبرامج التعليم الخاص.

وكذلك ترى هذه الجهات ان برامج تعديل السلوك وتدريب الوالدين وترتيب البيئة التعليمية، وكذلك العلاجات النفسية المتعلقة ببناء الثقة وتعلم المهارات الأجتماعية أيضاً مهمة، كعلاج تكاملي لكل طفل بحسب اصابته وقدراته وكذلك توفر هذه الخدمات.

آثار الأضطراب على الأسرة

تعتبر العناية بالطفل المصاب باضطراب فرط الحركة، وضعف التركيز من أصعب المهام التربوية للوالدين وبقية أفراد الأسرة، وكثير من الأحيان ما يؤدي التوتر والقلق المتعلق بالتعامل مع هذا الطفل إلى نزاعات بين الوالدين أو بين الوالدين، وبعض الأطفال الآخرين، وتثبت بعض الأبحاث أن الأداء الوظيفي لأحد الوالدين كثيرا ما يتأثر إما بتغيب مستمر او بتغيير عمل متكرر، وهناك اسر قللت من نشاطها الاجتماعي وانعزلت بسبب إحراج الطفل المصاب لهم وهناك أمهات قررن عدم إنجاب طفل آخر، بسبب الإشغال الشديد والضغط الذي يسببه لهن هذا الطفل وأمهات يمضين الساعات الطوال في محاولة مساعدة الطفل دراسياً، لأنهن لا يدركن انه مصاب باضطراب يحتاج للعلاج ولرعاية خاصة محددة.

ولهذا تنصح الأسر التي تعتني بمثل هؤلاء الأطفال بالتعاون على تقديم الرعاية لهم، وإدراك أن الطفل ليس شقياً أو سيئاً لكنه يصعب عليه الاستجابة للأسرة لأنه تغلبه فرط حركته أو تشتت انتباهه، وأن تأخذ الأم بالذات فترات راحة من الطفل بأن تخرج

لزيارة لوحدها أو تذهب بعيدا عن الطفل ولو لبضع ساعات، وكذلك الأب أو من يعتني بالطفل غير الأم.

كما تظهر لدى بعض الأطفال في المراحل الدراسية المختلفة سلوكيات مزعجة ومشوشة تؤثر على سير العمل في الفصل الدراسي، ويفسرها المعلمون غالباً على أنها تصرفات غير لائقة من طفل لا يشعر بالمسؤولية أو بعبارة أخرى "طفل مشاغب"، كمقاطعة الطفل لعمل المعلم وعدم إتمام واجباته أو حتى الحملقة في أشياء ليست مرتبطة بالدرس.

ويستوجب إن يكون المعلم حذراً في تفسير سلوكيات هؤلاء الأطفال حيث أنها قد تكون مؤشراً في كثير من الأحيان لوجود اضطراب في الانتباه لدى الطفل، والتي قد تبرز بأشكال مختلفة ومتباينة كمقاطعة عمل المعلم او عدم القدرة على التركيز او حتى التركيز أو حتى النشاط الزائد.

اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة

هل تحدثت مع طفل ثم وجدت أنه لم يستوعب شيئاً مما قلت له، فلم تلبث أن قيمته بالغباء أو العته؟

هل رأيت طفلاً مفرطاً في النشاط لا يستقر في مكان مما قد يتسبب في إزعاج من حوله، أو هل رأيت طفلاً آخر يجري مسرعاً، خلف كرة في قارعة طريق مكتظ بالسيارات، فحكمت عليه بالطيش ورميت أهله بإهمال تأديبه وتربيته على رسلكم، فالأمر ليس كما ظننتم إن هذه علامات قد تدل على ما يعرف بنقص الانتباه (ADHD) والمصحوب أحياناً بفرط النشاط والاندفاعية، و هو اضطراب عصبي سلوكي نمائي(Neuro-developmental disorder)، تبلغ نسبته عالمياً 3-7٪ بين طلاب المدارس للمرحلة الابتدائية، كما أن 30-40 ٪ منهم يعانون في نفس الوقت من صعوبات التعلم.

تدل الدراسات على إن 50٪ من الأطفال المراجعين لعيادات الأطفال النفسية يعانون من ADHD، كما يفوق انتشاره بين الذكور بنسبة 1:3 مقارنة بالإناث، كذلك

فإن 60٪ من المصابين بنقص الانتباه وفرد الحركة يعانون من آثاره السلبية بعد سن البلوغ، وقد تستمر إلى مرحلة الرشد.

كيف يشخص ADHD

إن الأم، أو مربية الحضانة، أو معلم المراحل الابتدائية، أو أخصائيو النطق في كثير من الأحيان هم أول من يتفطن لضعف تركيز الطفل و سهولة تشتته أو كثرة حركته في البيت أو المدرسة، ويتم تشخيص ADHD كلنيكيا (سريريا) من قبل الطبيب النفسي، أو طبيب الأطفال، أو الأخصائي النفسي المعالج، أو طبيب العائلة المتخصص، بالاستعانة أحيانا ببعض المقاييس المقننة كـ Barkley Rating Scale أو Conner Rating Scale مع أهمية ملاحظة ومعاينة الاضطرابات الأخرى التي قد تسبب نوعاً من تشتت الذهن أوفرط الحركة لدى الأطفال، مثل الصرع البسيط(Petit Mal Epilepsy)، ضعف حاسة السمع الناتج عن التهاب الأذن الوسطى المتكرر، الربو الشعبي، اضطرابات الغدة الدرقية، مرض السكر، صعوبات التعلم، اضطرابات القلق، التخلف العقلي، اضطراب التوحد، والاضطرابات المزاجية أو السلوكية عند الأطفال والمراهقين،

لعل سائلا يسأل، كيف لنا أن نتعرف على هذا الإضطراب؟

إنه يتميز بثلاث سمات رئيسية تؤثر سلبيا على نموه المعرفي والنفسي والاجتماعي التواصلي قبل سن السابعة وتستمر لمدة لا تقل عن ستة أشهر:

1. نقص الانتباه (Inattention) هو ضعف التركيز أوعدم التركيز لفترات طويلة، أو سهولة تشتت الذهن بالمؤثرات المحيطة، مع كثرة أحلام اليقظة والسرحان وكثرة النسيان المتكرر، مما يؤثر على مستواه العلمي بالرغم من سلامة الطفل عقلياً.
2. فرط الحركة (Hyperactivity) الزائدة عن المعدل لطبيعي الخارجة عن سيطرته المصحوبة بنشاط دائم في البيت أو خارجه، كثرة الكلام و الحديث المسترسل أو الأسئلة المتكررة، والتململ بسرعة خاصة من الأشياء المحسوسة

التي لا تستدعي تركيزاً ذهنياً أو غير ممتعة له، أو كثرة جريه في البيت أو لعبه بصوت مرتفع، كما يظهر في عدم استقراره في الفصل أو عدم انضباطه في الطابور المدرسي.

3. الإندفاعية (Impulsivity) أوالتصرف دون تريث أو حساب لعواقب الأمور، مما قد يعرض الطفل إلى مواقف محرجة أو خطرة، كالجري خلف الكرة في الشارع المزدحم بالسيارات أو تسلق الأماكن المرتفعة.

ربما يؤدي شرود الذهن، وكثرة الغفلة والذهول عما يقوله المعلم إلى التدني في التحصي الدراسي، وضجرالمعلمين منه، وفي سن المراهقة لعل بعض المعلمين لا يبالي إذا رأى مراهقا على هذه الشاكلة أن يوبخه، وقد يتعرض للعقاب المتكرر أو يهدد بالفصل من المدرسة.

وفي المقابل فإن كثرة الحركة والنشاط المفرط تجعل الطفل طائشاً شرساً لا يألفه أحد من زملائه بل ينفرون منه دائماً، ولا يفضلون اللعب معه إلا من كان على شاكلته، وقد يعيره ببعضهم بالطفل المشاغب، كما إن الإندفاعية خاصة في سن المراهقة قد تفضي إلى انحرافه سلوكياً وجنوحه عن جادة الطريق، ولا عجب أن تسهم في تعاطيه للمسكرات والمخدرات و لا سيما المنبهات.

أسباب اضطراب ADHD

يعزو كثير من الباحثين أسباب اضطراب الـADHD إلى عوامل بيولوجية ونفسية وإجتماعية، فلقد أظهرت بعض الدراسات أن 25٪ من والدي هؤلاء الأطفال كانوا يعانون من ADHD في طفولتهم، كما إن نسبة توريثه قد تزيد عن 60٪ في كثير من الحالات، وفي دراسات أخرى لوحظ انخفاض في النشاط المخي، خصوصا الفص الأمامي أو تعرض بعض خلايا المخ لنقص الأكسجين بسبب تعسر الولادة، أو الولادة المبكرة، كالأطفال الخدج، كذلك فإن الإكثار من تناول السكريات قد يؤدي إلى النشاط الزائد و

ليس بالضرورة كونه سببا مباشرا لفرط الحركة، كما إن تفكك الأسرة واضطرابها أو كثرة الأبناء من دون تربية أو ضعفها قد يسهم في الإصابة به.

كيفية علاج ADHD

العلاج السلوكي المعرفي حيث يهدف هذا النوع من العلاج إلى:

1. إعانة الطفل على تقوية التركيز، وتقليل التشتت الذهني.
2. تعديل السلوك الاندفاعي من خلال النظام والتدريب والوضوح والتدعيم.

مثال يضع المربي جدولاً مقسماً حسب أيام الاسبوع إلى خانات، يعلم في هذه الخانات بإشارة أو نقطة لكل عمل إيجابي يقوم به الطفل، كإنهائه الواجب المدرسي أو جلوسه بشكل هادئ أو مشاركته لأقرانه في اللعب بلا مشاكل، ثم تجمع النقاط في نهاية الأسبوع، فإذا بلغت النسبة المتفق عليها مع الطفل مسبقاً يكافأ عليها مكافأة رمزية أو معنوية، كما تضاف النقاط السلبية في نفس الجدول لكل سلوك منحرف يقوم به، وكل نقطة سلبية تزيل واحدة إيجابية أو تنقصها، ثم تجمع النقاط السلبية ويحاسب عليها.

1. الإرشاد النفسي التربوي للوالدين و المعلمين والمرشدين الطلابيين في كيفية التعامل مع الطفل المبتلى بـADHD في البيت أو المدرسة.
2. توفير المناخ التعليمي الخاص للحالات الشديدة، وإعانتهم في تحصيلهم العلمي في البيت وفي المدرسة.
3. التأكيد على أهمية استمرارية النظام، حيث أن كثيراً منهم يحتاجون إلى نظام خارجي يساعدهم على تنظيم أوقاتهم و إنجاز واجباتهم.
4. تدريبهم على المهارات الاجتماعية (Social Skills) المفقودة.
5. العقاقير الطبية.

قد يحتاج بعض المصابين بـADHD مع التأكيد على أهمية العلاج السلوكي والمعرفي، وتعاون الوالدين والمدرسة إلى الدواء على انه بمثابة نظارة النظر، كي تساعده على تصحيح الرؤية.

1. المنبهات (stimulants) وهي من أشهرها وأكفئهـا مثـل Ritalin وConcerta، حيث تعمل على تنشيط مراكز التنبـه، والحـد مـن الحركـة الفرطـة، ممـا يعـين الطفل على التركيز والانضباط والقيام بواجباته.
2. Strattera من غير المنبهات يعمل شبيها كسابقه، ولكن يستغرق 3-4 أسـابيع حتى يظهر تأثير الدواء.
3. مضادات الإكتئاب كـ TCA, Wellbutrin حيث تساعد في تحسين المزاج ورفع معنويات المصاب بنقص الأنتباه و فرط الحركة، وتقوية تركيزه، والتي بـدورها تسهم في تحسين الأداء العام.
4. Clonidine، حيث يساعد على تخفيف الاندفاعية والحركة المفرطة.

الفصل الرابع

الاضطربات والصعوبات التعليمة ونقص الانتباه لدى الطلاب وكيفية حلها

الفصل الرابع

الاضطربات والصعوبات التعليمة

ونقص الانتباه لدى الطلاب وكيفية حلها

مفهوم صعوبات التعليم

ان مصطلح الصعوبات الخاصة بالتعلم هو مصطلح تربيو حديث، وقد تم تمييز الأفراد الذين يشملهم هذا المصطلح، كفئة من فئات التربية الخاصة، منذ عهد قريب نسبياً.

كما ان أفراد هذه الفئة هم في العادة، أُناس أسوياء من حيث القدرات العقلية، عاديون أو ذو ذكاء مرتفع، ولا يعانون من إعاقات سمعية أو بصرية أو حركية أو انفعالية، ومع ذلك يعاني هؤلاء الطلبة من صعوبات واضحة في اكتساب مهارات الاستماع أو القراءة أو الكتابة أو التهجئة واستخدامها أو في أداء العمليات الحسابية.

وتعد هذه الاضطرابات أساسية في الفرد، (بمعنى أنها غير عارضة)، ويفترض أن تكون ناتجة عن خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي، وإذا حدث وظهرت صعوبات التعلم متلازمة مع حالات إعاقة أخرى، مثل (الإعاقة السمعية أو البصرية أو التخلف العقلي أو الاضطراب الانفعالي أو الاجتماعي)، أو متلازمة مع مؤثرات بيئة أخرى (كالاختلافات الثقافية أو طرق التدريس غير المناسبة) فإن صعوبات التعلم، لا تكون نتيجة مباشرة لتأثير هذه الإعاقات، أو هذه المؤثرات غير المناسبة.

خصائص الطلبة الذين يعانون من صعوبات تعلم

يمكن تصنيف الخصائص الرئيسية للطلبة الذين يعانون من صعوبات في التعلم، ضمن خمس مجموعات من الخصائص، وذلك كما يلي:

1- صعوبات في التحصيل الدراسي:

التخلف الدراسي هو السمة الرئيسة للطلبة، الذين يعانون من صعوبات في التعلم، فلا وجود لصعوبات التعلم بغير وجود لمشكلة دراسية.

بعض الطلبة قد يعانون من قصور في جميع مواضيع الدراسة، والبعض الآخر قد يعاني من قصور في موضوع واحد أو في موضوعين.

هذا ويمكن الإشارة إلى أبرز جوانب القصور في المواضيع الدراسية كما يلي:

أ) الصعوبات الخاصة بالقراءة: تعد صعوبات القراءة من أكثر الموضوعات انتشاراً بين الطلبة ذوي الصعوبات التعليمية، وتكمن المشكلة والمسببات في عدم القدرة على التحكم في العمليات العقلية التالية:

- تركيز الانتباه على الحروف المطبوعة والتحكم في حركة العينين خلال سطور الصفحة.
- التعرف على الأصوات المرتبطة بتلك الحروف.
- فهم معاني الكلمات وإعرابها في الجملة.
- بناء أفكار جديدة مع الأفكار التي يعرفها من قبل.
- اختزان تلك الأفكار في الذاكرة.

وتلك العمليات العقلية تحتاج إلى شبكة سليمة وقوية من الخلايا العصبية، لكي تربط مراكز البصر واللغة والذاكرة بالمخ، والطفل الذي يعاني من صعوبة القراءة يكون لديه اختلال في واحد أو أكثر من تلك العمليات العقلية التي يقوم بها المخ للوصول إلى القراءة السليمة، حيث تتمثل هذه الصعوبات فيما يلي:

- حذف بعض الكلمات أو أجزاء من الكلمة المقروءة، فمثلاً عبارة (سافرت بالطائرة) قد يقرأها الطالب (سافر بالطائرة).
- إضافة بعض الكلمات غير الموجودة في النص الأصلي إلى الجملة، أو بعض المقاطع أو الأحرف إلى الكلمة المقروءة، فمثلاً كلمة (سافرت بالطائرة) قد يقرأها (سافرت بالطائرة إلى أمريكا).
- إبدال بعض الكلمات بأخرى قد تحمل بعضاً من معناها، فمثلاً قد يقرأ كلمة (العالية)، بدلاً من (المرتفعة) أو (الطلاب) بدلاً من (التلاميذ) أو أن يقرأ (حسام ولد شجاع) وهكذا.

- إعادة بعض الكلمات أكثر من مرة بدون أي مبرر، فمثلاً قد يقرأ (غسلت الأم الثياب) فيقول (غسلت الأم، غسلت الأم الثياب).
- قلب الأحرف وتبديلها، وهي من أهم الأخطاء الشائعة في صعوبات القراءة، حيث يقرأ الطالب الكلمات أو المقاطع معكوسة، وكأنه يراها في المرآة، فقد يقرأ كلمة (برد) فيقول (درب) ويقرأ كلمة (رز) فيقول (زر)، وأحياناً يخطيء في ترتيب أحرف الكلمة، فقد يقرا كلمة (الفت) فيقول (فتل) وهكذا.
- ضعف في التمييز بين الأحرف المتشابهة رسماً، والمختلفة لفظاً، مثل (ع و غ) أو (ج و ح و خ) أو (ب و ت و ث و ن) أو (س وش) وهكذا.
- ضعف في التمييز بين الأحرف المتشابهة لفظاً والمختلفة رسماً مثل: (ك و ق) أو (ت و د و ظ ض) أو (س و ز) وهكذا، وهذا الضعف في تميز الأحرف ينعكس بطبيعة الحال على قراءته للكلمات أو الجمل التي تتضمن مثل هذه الأحرف، فهو قد يقرأ (توت) فيقول (دود) مثلاً، وهكذا.
- قراءة الجملة بطريقة سريعة وغير واضحة.
- قراءة الجملة بطريقة بطيئة كلمة كلمة.
- ضعف في التمييز بين أحرف العلة فقد يقرأ كلمة (فول) فيقول (فيل).
- صعوبة في تتبع مكان الوصول في القراءة وازدياد حيرته، وارتباكه عند الانتقال من نهاية السطر إلى بداية السطر الذي يليه أثناء القراءة.

ب) الصعوبات الخاصة بالكتابة، وتتمثل هذه الصعوبات فيما يلي:

- يعكس الحروف والأعداد، بحيث تكون كما تبدو له في المرآة فالحرف (خ) مثلاً قد يكتبه، والرقم (3) يكتبه بشكل معكوس، وأحياناً قد يقوم بكتابة المقاطع والكلمات والجمل بأكملها بصورة معكوسة من اليسار إلى اليمين، فتكون كما تكون في مرآة.

- يخلط في الاتجاهات، فهو قد بدأ كتابة الكلمات والمقاطع من اليسار، بدلاً من كتابتها كالمعتاد من اليمين، والفرق هنا عما سبق أن الكلمات هنا تبدو صحيحة بعد كتابتها، ولا تبدو معكوسة كالسابق.
- ترتيب أحرف الكلمات والمقاطع بصورة غير صحيحة، عند الكتابة، فكلمة (ربيع) قد يكتبها (ريبع) وأحياناً قد يعكس ترتيب الأحرف فكلمة (دار) قد يكتبها (راد) وهكذا.
- يخلط في الكتابة بين الأحرف المتشابهة فقد يرى كلمة (باب)، ولكنه يكتبها (ناب)، وهكذا.
- يحذف بعض الحروف من الكلمة أو كلمة من الجملة أثناء الكتابة الإملائية.
- يضيف حرف إلى الكلمة غير ضرورية أو إضافة كلمة إلى الجملة غير ضرورية أثناء الكتابة الإملائية.
- يبدل حرف في الكلمة بحرف آخر، مثلاً (غ ع) أو (ب ن).
- قد يجد الطالب صعوبة الالتزام بالكتابة على نفس الخط من الورقة.
- وأخيراً فإن خط هذا الطالب عادةً ما يكون رديئاً بحيث تصعب قراءته.

ج) الصعوبة الخاصة بالحساب، وتتمثل هذه الصعوبات فيما يلي:

- صعوبة في الربط بين الرقم ورمزه، فقد تطلب منه أن يكتب الرقم ثلاثة فيكتب (4).
- صعوبة في تمييز الأرقام ذات الاتجاهات المتعاكسة مثل (6 – 2)، (7 – 8)، حيث قد يقرأ أو يكتب الرقم (6) على أنه (2) وبالعكس وهكذا بالنسبة للرقمين 7 و 8 وما شابه.
- صعوبة في كتابة الأرقام التي تحتاج إلى اتجاه معين، إذ يكتب الرقم (3) مثلاً هكذا، وقد يكتب الرقم (4) هكذا، وقد يكتب (9) هكذا.
- يعكس الأرقام الموجودة في الخانات المختلفة، فالرقم (25) قد يقرأه أو يكتبه (52) وهكذا.

- صعوبة في إتقان بعض المفاهيم الخاصة بالعمليات الحسابية الأساسية كالجمع، والطرح، والضرب، والقسمة، فالطالب هنا قد يكون متمكناً من عملية الجمع أو الضرب البسيط مثلاً، ولكنه مع ذلك يقع في أخطاء تتعلق ببعض المفاهيم الأخرى المتعلقة بالقيمة المكانية للرقم (آحاد - عشرات) مثلاً وما شابه ذلك، وعلى سبيل المثال، فقد قام أحد الطلبة بجمع 25+12+=01 وعند الاستفسار منه تبين أنه قام بجمع الأرقام 5+2+2+1 فكان الجواب 10 ولكنه قام بكتابة هذا الرقم بالعكس فكتب (1).

فالطالب هنا يقوم بالجمع بطريقة صحيحة، لكنه يخلط بين منزلتي الآحاد والعشرات مثلاً.

2- صعوبة في الإدراك الحسي والحركة:

تنقسم هذه الصعوبات إلى ثلاثة مجالات رئيسية، هي:

أ- صعوبات في الإدراك البصري:

بعض الطلبة الذين يعانون من مشكلات في الإدراك البصري يصعب عليهم ترجمة ما يرون، وقد لا يميزون العلاقة بين الأشياء، وعلاقتها بأنفسهم، بطريقة ثابتة، وقابلة للتنبؤ، فالطالب هنا لا يستطيع تقدير المسافة والزمن اللازم لقطع الشار بطريقة آمنة، قبل أن تصدمه سيارة، ويرى الأشياء بصورة مزدوجة ومشوشة، وقد يعاني من مشكلات في الحكم في حجم الأشياء، (حجم الكرة التي يقذفها الرامي نحوه مثلاً).

ويعاني هؤلاء الطلبة أيضاً من ضعف الذاكرة البصرية، فهم قد لا يستطيعون أن يتذكروا الكلمات التي سبق أن شاهدوها، وعندما ينسخون شيئا فهم يكررون النظر إلى النموذج الذي يقومون بنسخه، إضافة إلى ذلك يعانون كثير من الطلبة من مشكلات في تمييز الشكل عن الأرضية، او في أن يرتبوا الصور التي تحكي قصة معينة ترتيباً متسلسلاً، أو في عقد مقارنة بصرية، أوفي إيجاد الشيء المختلف الذي لا ينتمي إلى المجموعة، كما أنهم يستجيبون للتعليمات اللفظية، بصورة أفضل من التعليمات البصرية.

ب- صعوبات في الإدراك السمعي:

في هذا المجال يعاني الطلبة من مشكلات في فهم ما يسمعونه، وفي استيعابه، وبالتالي فإن استجابتهم قد تتأخر، وقد تحدث بطريقة لا تتناسب مع موضوع الحديث، أو السؤال، وقد يخلط الطالب بين بعض الكلمات التي لها نفس الأصوات، مثل جبل - جمل - أو لحم لحن، إضافة إلى ذلك، فإنه قد لا يربط بين الأصوات البيئية ومصادرها، وقد يعاني من صعوبات في تعرف الأضداد (عكس الكلمة)، وقد يعاني من مشكلات في تعرف المشكلات المتشابهة، وقد يشتكي كثير من تداخل الأصوات، حيث يقوم بتغطية أذنية باستمرار، ومن السهل تشتيت انتباهه بالأصوات.

فضلا عن ذلك، فهو قد لا يستطيع أن يعرف الكلمة إذا سمع جزءاً منها، ويجد صعوبات في فهم ما يقال له همساً أو بسرعة، ويعاني من مشكلات في التذكر السمعي، وإعادة سلسلة من الكلمات أو الأصوات في تتابعها، كما قد يجد صعوبات في تعلم أيام الأسبوع والفصول والشهور والعناوين وأرقام الهواتف وتهجئة الأسماء.

ج- صعوبات في الإدراك الحركي والتآزر العام:

فهو يرتطم بالأشياء ويريق الحليب، ويتعثر بالسجادة، وقد يبدو مختل التوزان، ويعاني من صعوبات في المشي، أو ركوب الدراجة، أو لعب الكرة، وقد يجد صعوبة في استخدام أقلام التلوين، أو المقص، أو في (تزرير)ثيابه، من ناحية، أخرى قد يخلط هذا الطالب بين اتجاه اليمين واتجاه اليسار ويعاني من عدم الثبات في استخدام يد معينة، أو قدم معينة، وقد يعاني من الخلافية (تفضيل استخدام اليد اليمنى مع القدم اليسرى أو العكس)، وقد يعاني من ارتعاش بسيط في اليدين، أوالأصابع أو الأقدام، فضلاً عن ذلك، فقد يضطرب الإدراك عند بعض الطلبة، بخصوص الاتجاهات الستة:

فوق- تحت - يمين - يسار أمام - خلف.

3- اضطرابات اللغة والكلام:

يعاني كثير من ذوي الصعوبات التعليمية من واحدة أو اكثر من مشكلات الكلام واللغة، فقد يقع هؤلاء الطلبة في أخطاء تركيبية ونحوية، حيث قد تقتصر إجاباتهم على

الأسئلة بكلمة واحدة لعدم قدرتهم على الإجابة بجملة كاملة، وقد يقومون بحذف بعض الكلمات من الجملة، أو إضافة كلمات غير مطلوبة، وقد لا يكون تسلسل الجملة دقيقاً، وقد يجدون صعوبة في بناء جملة مفيدة، على قواعد لغوية سليمة.

من ناحية أخرى، فإنهم قد يكثرون من الإطالة و الالتفاف حول الفكرة، عند الحديث، أو رواية القصة، وقد يعانون من التعلثم، او البطء الشديد في الكلام الشفهي، او القصور في وصف الأشياء، او الصورة، أو الخبرات، وبالتالي عدم القدرة على الاشتراك في محادثات، حول موضوعات مألوفة، واستخدام الإشارات بصورة متكررة للإشارات على الإجابة الصحيحة، فضلاً عن ذلك، فقد يعاني هؤلاء الطلبة من عدم الكلام، (حذف أو إضافة بعض الأصوات)، وتكرار الأصوات بصورة مشوهة أو محرفة.

4- صعوبات في عمليات التفكير:

لاحظ الباحثون أن الطلبة الذين يعانون من صعوبات في التعلم، تظهر لديهم دلالات، تشير إلى وجود صعوبات، في عمليات التفكير لديهم، فهؤلاء الطلبة قد يحتاجون إلى وقت طويل، لتنظيم أفكارهم قبل أن يقوموا بالاستجابة، وقد يكون لديهم القدرة على التفكير الحسي، في حين قد يعانون من ضعف في التفكير المجرد، وقد يعاني هؤلاء الطلبة من الاعتماد الزائد على المدرس، وعدم القدر على التركيز، والصلابة، وعدم المرونة، وعدم إعطاء الاهتمام الكافي للتفاصيل، أولمعاني الكلمات، والقصور في تنظيم أوقات العمل، وعدم اتباع التعليمات، وعدم تذكرها، كما أنهم قد يعانون من صعوبات في تطبيق ما يتعلمونه.

5. خصائص سلوكية:

كثير من الطلبة المصابين بصعوبات في التعلم يعانون من نشاط حركي زائد، فالطالب هنا يبقى متململاً مشحوناً بالحركة، ويحوم كثيراً، وبالتالي فإن من الصعب السيطرة عليه، هذا الطالب لا يستطيع مقاومة الإثارات الغريبة عن الموقف، فإذا سمع صوتاً خارج الصف كأن يكون صوت سيارة، او صوت طائرة، يهرع إلى النافذة.

والمشكلة هنا أن هذا الطالب يجد صعوبة في التركيز على ما هو مهم من المثيرات، كما أنه يجد صعوبة في المحافظة على تركيز انتباهه لفترة كافية من الوقت، وهذا يحد من قدرته على التعلم، وعلى العكس من هذا الطالب، نجد طلاباً آخرين يعانون من الخمول، وقلة النشاط، وهؤلاء الطلبة يبدون طيبين، ومسايرين، ونادراً ما ينفلت منهم زمام غضبهم، وهؤلاء تجدهم بليدين، فاتري الشعور، ولايتسمون بالفضول، او اللهفة، او الاستقلالية: كما أنهم يتسمون بنشاط منخفض بشكل عام، فالدافعية عندهم منخفضة، ومدة انتباهم قصيرة، لأن من العسير شد انتباههم، وهذا النوع من صعوبات التعلم: (الخمول في النشاط)هو شكل أقل شيوعاً من حالت النشاط الحركي الزائد.

- الطلبة الذين يعانون من صعوبات في التعلم، هم في الأساس مجموعة غير متجانسة من الطلبة، ولا يتشابهون تماماً، فليس هناك عرض واحد، وإنما مجموعة من الأعراض، وهذه الأعرض أو الخصائص قد تظهر بصور مختلفة، عند الطلبة المتخلفين، بمعنى أنه ليس من الضروري أن تظهر جميع هذه الصعوبات والخصائص، في طالب واحد، وإنما قد يظهر جزء منها في طالب، وجزء منها في طالب آخر.
- مصطلح صعوبات التعلم يختلف عن مفهوم التأخر الدراسي، اوبطء التعلم، إذ على الرغم من أن السمة الغالبة على الطلبة الذين يعانون صعوبات في التعلم هي التأخر الدراسي، إلا أن المتأخرين دراسياً قد لا يعانون بالضرورة من صعوبات في التعلم، فأسباب التأخر الدراسي كثيرة، وأحد هذه الأسباب هو صعوبات التعلم.
- هذه الصعوبات والخصائص التي تمت الأشارة إليها سابقا هي أخطاء شائعة جداً في المراحل المبكرة، من عمر الطفل العادي، وبالتالي فإنها تعد طبيعية في ذلك العمر، وما يميز وجود ها لدى الطلبة ذوي الصعوبات التعلمية، هو أنها تستمر لديهم حتى سن متقدمة، إذا لم تعالج.
- كلما كان التدخل والعلاج التربوي مبكراً أكثر، كان ذلك أفضل.

- هذه قاعدة صحيحة تماماً، في العمل مع ذوي صعوبات التعلم.
- ما يميز الطلبة الذين يعانون صعوبات في التعلم هو التباين الواضح لديهم، بين مستوى تحصيلهم الدراسي الفعلي، واستعداداتهم وقدراتهم العقلية الكامنة.
-هناك تفاوت في تقدير نسبة انتشار صعوبات التعليم، ولكن أفضل التقديرات تشير إلى أن هناك ما بين 1 - 3 ٪ من طلبة المدارس يعانون من مثل هذه الصعوبات التعليمية، علما بأن انتشار هذه الصعوبات بين الذكور، أكثر من انتشارها بين الإناث.
- أخيراً فإن الطالب ذا الصعوبات التعليمية طالب ذكي، ويعرف أنه يخطئ فيصاب بالاحباط، ولأنه يعيش في بيئة لاتفهم جيداً نفسه مبعداً عما يدور حوله مع قلة الفرص المتاحة للتقدم.

إرشادات للمعلمين والآباء

في حالة اكتشاف طالب يعاني من هذه الصعوبات في صفك حاول:

1- التعاون مع معلم التربية الرياضية في المدرسة؛ بحيث يتم التركيز مع هذا الطالب على ألعاب التوازن، والألعاب التي لها قواعد ثابته، والألعاب التي تقوي العضلات، والحركات الكبيرة كالكرة، والألعاب التي تعتمد على الاتجاهات.

2- استخدام طريقة التعليم الفردي قدر الإمكان مع الطالب.

3- شرح هذه الصعوبات لأسرة الطالب، لأن تعانون الأسرة وتجاوبها وتفهمها من النقاط الأساسية في مجال البرامج العلاجية لهذا الطالب.

4- تعرف على مختلف مظاهر المقدرة، والعجز عند الطالب، وفي هذا المجال، فإن الأخطاء التي يقع بها الطالب، لها أهمية خاصة، حيث أن تحليل هذه الأخطاء يفيدنا كثيراً في تبين جوانب الضعف، وفي تعرف نمط الأخطاء التي يقع بها الطالب، وبالتالي تفيدنا في رسم البرنامج العلاجي.

5- تجنب أي احتمال يؤدي إلى فشل الطالب، وفي هذا المجال يمكننا العودة إلى المستوى الذي سبق إحساس الطالب بوجود صعوبة لديه، أي حين كان التعلم ما يزال سهلاً بالنسبة له، ومن ثم نبدأ ببطء، مواصلين التشجيع، والإطراء على الأشياء التي يفهمها جيداً، والهدف هو إزالة التوتر عنه.

6- أن يكون لديك كمعلم الإلمام الكافي بالمهارات الأساسية القبلية اللازمة لكل مهارة؛ فالانتباه، ومعرفة الاتجاهات، ومعرفة المتشابه والمختلف من الأصوات والأشكال، وما شابه ذلك، كلها مهارات قبلية لازمة، ينبغي أن يتقنها الطالب، قبل أن نبدأ بتعليمه مهارات أخرى أكثر تعقيداً.

7- تزويد الطلاب ببرنامج يومي، أسبوعي شامل يوضح المهام والواجبات، التي على الطالب إنجازها خلال ذلك الأسبوع ؛ لأن كثيراً من هؤلاء الطلبة يجدون صعوبة في تنظيم أوقاتهم.

8- استغلال حصة النشاط في داخل الصف بإعطائه مسئوليات محدودة، مثل عمل مشروع معين، أو إعطائه مهمة معينه؛ تساعد على تنمية الاتجاهات، تتضمن المطابقة، ومعرفة أوجه التشابه والاختلاف، ما شابه ذلك.

9- تشجيعه ومدحه على الأشياء التي يعملها بصورة صحيحة، ركز دائماً على النقاط الإيجابية في إنجازه، وأشعره بتقديرك له الجهد الذي بذله.

10- مساعدته بأن تضع إشارة مميزة على الجهة اليمني من الصفحة لإرشاده من أين يبدأ، سواء في القراءة أو الكتابة تذكر أن هذا الطالب يعاني من صعوبة في تميز الاتجاهات.

11- اعتماد مبدأ المراجعة دائماً للدروس السابقة، فهذا سيساعده على زيادة قدرته على التذكر، وسيساعد كل طلاب الصف أيضاً.

12- تشجيعه على العمل ببطء، وإعطاؤه وقتاً إضافياً في الاختبارات.

13- تشجيعه على استعمال وسائل و مواد محسوسة، في العمليات الحسابية، كذلك المسجل في حالة إلقاء الدرس.

14- تشجيعه على النظر للكلمات بالتفصيل، لمساعدته على تمييز أشكال الأحرف، التي تتكون منها هذه الكلمات.

15- إعطاؤه قوانين محددة، وثابتة تتعلق بطريقة الكتابة، وهذا يساعده على الإملاء.

16- قراءة ما يكتب على اللوح بصوت عالي.

17- تقليل المشتتات الصفية قدر الإمكان.

18- جربوا كل شئ ما عدا الإزدراء والتوبيخ.

علاقة صعوبات التعلم النمائية بالأكاديمية

من اجل لتوضيح علاقة صعوبات التعلم الأكاديمية بالصعوبات النمائية، سيتم عرض المثال التوضيحي التالي:

- رامي طفل عمره 9 سنوات، ويدرس في الصف الرابع الابتدائي، وتم تحويله للتقييم لأنه لم يتعلم القراءة، فعدم القراءة قد تنتج عن تخلف عقلي أو قصور بصري واضح أو ضعف سمعي، ولاستبعاد هذه الاحتمالات تم فحص الطالب في هذه المجالات جميعها، وقد كانت حدة إبصاره ضمن المعدل الطبيعي، وقد أوضح التخطيط السمعي وجود قدرات سمعية عادية، وقد كان عمره العقلي حسب اختبارات الذكاء مساو لعشر سنوات، وهو يحضر إلى المدرسة بشكل منتظم منذ كان عمره 6 سنوات، وقد كان تحصيله في العمليات الحسابية في مستوى الصف الرابع الابتدائي، ولكن مستوى درجته في القراءة كان منخفضا عن مستوى الصف الأول الابتدائي. مما يظهر تبايناً بين ذكائه، وقدراته اللغوية وأدائه في الحساب بشكل عام وبين قدرته على القراءة بشكل غير كاف.
- السؤال المهم هو: ما هي القدرة أو قدرات التعلم النمائية التي يعاني الطفل من تأخر فيها أو ما هي المهارات (المتطلبات السابقة لتعلم القراءة) التي لم تنمو أو

لم تعمل بدرجة مناسبة؟ ما الذي منع الطفل من تعلم القراءة باستخدام طرق التعليم المستخدمة مع العاديين؟

- لقد كشفت عملية التقييم أن الطالب يجد صعوبة في قدرتين من القدرات النمائية، وهما:
- صعوبة في تركيب وجمع الأصوات، حيث قدمت للطالب كلمة مكونة من 3 أحرف ج – ل – س، إلا أنه لم يكن قادراً على جمع هذه الأصوات الثلاثة في كلمة واحدة.
- صعوبة في الذاكرة البصرية، إذ لم يتمكن الطفل من إعادة كلمة عرضت عليه بصرياً من الذاكرة، فعلى سبيل المثال كتبت كلمة حصان على السبورة، وقد أخبر الطفل بأن الكلمة هي حصان، ومن ثم مسحت الكلمة، وطلب من الطفل أن يكتب الكلمة التي كانت مكتوبة على السبورة من الذاكرة، وقد كررت العملية 7 مرات قبل أن يتمكن الطفل من كتابة الكلمة من الذاكرة، وفي ضوء ذلك تم افتراض أن صعوبات التعلم النمائية المتمثلة في ضعف توليف الأصوات (إدراك سمعي)، وفي ضعف التصور (ذاكرة بصرية) هي التي تمنع الطفل من تعلم القراءة، ومن خلال التدريب المكثف تم تعليم الطفل استخدام جمع الأصوات، وتشكيلها باستخدام الطريقة الصوتية في تعلم القراءة، وكذلك تطوير التصور في معرفة الكلمات المرئية، وبتطوير هاتين القدرتين في مهمة القراءة تعلم الطفل هذه المهمة.

الاضطرابات المصاحبة لاضطرابات الانتباه.

هناك بعض الاضطرابات المصاحبة لاضطرابات الانتباه، وسوف نوجزها فيما يلي:

أولاً: الاضطرابات السلوكية:

تنتشر الاضطرابات السلوكية بين الأطفال الذين يعانون من اضطرابات الانتباه خاصة السلوك العدواني؛ حيث يؤدي هذا السلوك إلى اضطراب في علاقتهم الاجتماعية بالآخرين، وبالتالي فإنهم يعجزون عن التكيف مع البيئة المحيطة بهم.

ولقد أجرى بيدرمان وآخرون دراسة هدفت إلى التعرف على معدل انتشار بعض اضطرابات الانتباه، وقد توصلت الدراسة إلى أن الاضطرابات السلوكية تنتشر بين (50 ٪) من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات الانتباه.

كما أجرت ماريا وآخرون دراسة هدفت إلى التعرف على مدى انتشار كل من: اضطرابات الانتباه، والاضطرابات السلوكية والانفعالية بين الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التعلم، وتوصلت الدراسة إلى أن حوالي (30٪) من هؤلاء الأطفال لديهم اضطرابات في الانتباه، وأن أكثر الاضطرابات المصاحبة لاضطرابات الانتباه هي الاضطرابات السلوكية.

وتتمثل أهم الاضطرابات السلوكية التي يعاني منها ذوي اضطرابات الانتباه في الآتي:

1. مشكلات في تفاعلاتهم مع أقرانهم.
2. عجز مهارات الاتصال الاجتماعي.
3. الافتقار إلى التنظيم الانفعالي
4. لتحيرات المعرفية والاجتماعية.
5. مشكلات في الذاكرة والعمليات الإجرائي
6. الاندفاعية.
7. الجمود والتصلب السلوكي

ثانياً: الاضطرابات الانفعالية..

- كثيراً ما يتلازم اضطراب الانتباه لدى الأطفال بالاضطرابات الانفعالية، خاصة القلق والاكتئاب، ولقد بين بيدرمان وأخرون أن هناك نسبة كبيرة تصل إلى (75٪) من الأطفال المصابين باضطراب الانتباه لديهم اكتئاب، و(25٪) منهم لديهم قلق عصابي.
- كما توصلت دراسة نوسباوم وآخرون إلى أن السلوكيات غير المقبولة التي يقوم بها الأطفال مفرطي النشاط الحركي، تؤدي إلى رفضهم الاجتماعي من الأقران، وأن هذا الرفض الاجتماعي يؤدي إلى عزلتهم الاجتماعية، ولذلك فإنهم دائماً يشعرون بالوحدة النفسية، والقلق، والاكتئاب.
- في محاولة للتعرف عما إذا كانت الاضطرابات الانفعالية سبباً أو نتيجة لاضطراب الانتباه لدى الأطفال، قام بليزكا بدراسة استهدفت معرفة مدى الاستجابة للعلاج لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه، ويلازمه اضطراب انفعالي آخر، وقد تكونت عينه الدراسة من مجموعتين من الأطفال، الأولى كانت تعانى من اضطراب الانتباه، ويلازمه قلق، والثانية تعاني من اضطراب الانتباه بدون قلق، وقد توصلت النتائج إلى أن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات الانتباه والمصحوبة بقلق لا يستجيبون للعلاج، بينما استجاب أطفال المجموعة الثانية للعلاج، وعندما قام الباحث بعلاج القلق لدى أفراد المجموعة الأولى وجد أن أعراض الاضطراب تختفى تلقائياً، مما يشير إلى أن اضطراب الانتباه لدى أفراد هذه المجموعة كان عرضاً للقلق.

ثالثاً: اضطراب النوم:

ينتشر اضطراب النوم بين الأطفال المصابين باضطرابات الانتباه، مما يجعلهم يشعرون دائما بالإرهاق، ونظراً لأن هذا الإرهاق يؤثر على الكفاءة الانتباهيه، لذلك قام بعض الباحثين بدراسة طريقة نوم الأطفال وفحص طبيعة العلاقة بين اضطراب النوم،

واضطرابات الانتباه، وتوصلت تلك الدراسات في مجملها إلى اضطراب النوم ينتشر بنسبة (81٪) بين الأطفال الذين يعانون من اضطرابات الانتباه.

سمات ذوي اضطرابات الانتباه

من خلال مراجعه أدبيات البحث التربوي والدراسات والبحوث السابقة في إطار اضطرابات الانتباه يمكن تحديد بعض من أهم سمات الأفراد ذوي اضطرابات الانتباه على أنهم ذوي:

1. مركز تحكمهم خارجي: فهم يعزون أسباب النجاح والفشل عند التعامل مع المهام والمواقف المختلفة إلى عوامل خارجية تتمثل في البيئة الخارجية المحيطة بهم، كما أنهم يعزون فشلهم الاكاديمي، كذلك إلى عوامل ترتبط بنقص القدرة على بذل مزيداً من الجهد وقلة القدرات والإمكانات العقلية، كما أنهم يرون أن إمكاناتهم وقدراتهم محدودة نتيجة لتأثير عامل الوراثة.
2. نمط دافعيتهم خارجي: حيث يتسم الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الانتباه بأنهم يفضلون التوجه الدافعي القائم على الأداء- إحجام، أي أنهم يتسمون بنمط دافعي خارجي قائم على التعلم من أجل تحقيق الدرجات التحصيلية دون السعي إلى الفهم أو إتقان المادة المتعلمة، فالدرجة لديهم تمثل هدف في حد ذاتها، كما أنهم لا يسعون إلى الدخول في منافسات تظهر قدراتهم المحدودة، ومن ثم فهم يتجنبون المهام الصعبة التي تظهر قدراتهم أمام الآخرين، كما أنهم يسعون إلى استخدام محكات المقارنة بالآخرين.
3. أسلوب تعلمهم سطحي: حيث يتسمون بأنهم ذوى أسلوب تعلم سطحي قائم على المعالجة السطحية للمعلومات والمهام التي يتعاملون معها، حيث توصلت دراسة براند إلى أن (80٪) التلاميذ ذوي اضطرابات الانتباه مفرطي النشاط يفضلون أسلوب التعلم السطحي طبقاً لنموذج انتوستل.

4. فعاليه ذواتهم منخفضة: هم يتسمون بفعالية ذات منخفض، ويظهر صدى ذلك في أنهم يعانون من نقص واضح في بذل الجهد، بالإضافة إلى أنهم ليس لديهم الإصرار والتحدي، للتغلب على العقبات التي تواجههم، كما يظهر تأثير ذلك في توكيدهم المنخفض لذواتهم.
5. قدرتهم التكيفية محدودة: يتصفون كذلك بأن قدرتهم على التكيف مع التغيرات والمثيرات البيئية المحيطة تتسم بالمحدودية، ويظهر ذلك بوضوح في أن تصوراتهم لبيئات التعلم على أنها بيئات غير مشجعة على التعلم، بالإضافة إلى أنهم يرفضون أساليب التدريس التقليدية.
6. يشير بروفي إلى أن التلميذ ذوي فرط النشاط تظهر عليه بعض الأعراض منها:
- تصدر منه مستويات من النشاط المرتفع في مواقف لا تتطلب ذلك.
- غير قادر على كبح جماح نشاطه.

ضعف العلاقات الاجتماعية

أن الأطفال ذوى صعوبات الانتباه مع فرط النشاط يعانون من مجموعة من المشكلات منها أنهم لا يحسنون التعامل مع الآخرين، كما أنهم غير مقبولين من الجماعة، وغير متعاونين وليس لديهم أصدقاء كثيرون، وتؤدي تلك السلوكيات الغير مرغوبة التي يقوم بها مضطربي الانتباه إلى الرفض الاجتماعي من الآخرين، وينعكس ذلك بوضوح في قدرتهم على التكيف الاجتماعي:

1- انخفاض مفهوم الذات:

يتصف ذوى اضطرابات الانتباه بانخفاض مفهوم الذات لديهم وذلك نتيجة للأحباطات المتكررة التي يتعرضون لها، كما توصلت العديد من الدراسات أن حوالي (70٪) من الطلاب الذين يعانون من صعوبات الانتباه مع الإفراط في النشاط يعانون من نقص مفهوم الذات، أو أنهم ذوى مفهوم ذات سالب.

2- **السلوك العدواني:**

يتصف ذوى اضطرابات الانتباه وخصوصاً ذوى النشاط الزائد بالسلوك العدواني بدنياً ولفظياً مع كل من يتعاملون معهم، كما أنهم لا يهتمون بأثر هذا السلوك على الآخرين، ويتمثل السلوك العداونى في:

- التحدث بصوت مرتفع.
- إحداث ضوضاء داخل حجرات الدراسة.
- الحركات العصبية عشوائية وغير منظمة.
- صعوبة الاستقرار في مكان واحد لفترات طويلة من الوقت.
- الانشغال بأشياء مزعجة كالسقوط من على المقعد.

3- **المشكلات المعرفية:**

يعانى ذوى اضطرابات الانتباه من مشكلات معرفية مختلفة لعل أهمها يتمثل في:

- عدم القدرة على تنظيم السلوك تجاه الحاضر والمستقبل والأهداف، وصعوبة التكيف السلوكي.
- القدرة على التنظيم الذاتي للمعلومات والمعارف المختلفة التي يتفاعل معها الطفل.
- ضعف في مهارات حل المشكلات.
- صعوبة في ترميز المعلومات وتشفيرها داخل الذاكرة.
- صعوبة التنظيم وتصنيف المعلومات الواردة وصعوبة معالجتها.

كما يحدد كل من أحمد أحمد عواد و موفق سعيد الخطيب بعض من خصائص الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه وقلة التركيز، فالطفل غالباً ما:

- يخفق في الانتباه إلى التفاصيل أو يقوم بارتكاب أخطاء نتيجة عدم الاكتراث.
- يتجنب أو لا يحب المهمات التي تتطلب جهود عقلية متواصلة.
- يواجه صعوبات في تنظيم العمل والنشاط.
- يواجه صعوبة في استمرار الانتباه للمهمات المطلوبة.
- يبدو غير مصغ عندما يتم التحدث إليه مباشرة.
- يفقد الأشياء الضرورية التي تتطلبها الأنشطة أو المهام.
- لا يتبع التعليمات ويخفق في إنهاء المهمات.
- يرتبك عندما يتدخل أي مثير طارئ.

- ينسى الأنشطة اليومية.

وقد سعى العديد من الباحثين والعلماء إلى تحديد الخصائص السلوكية للأطفال ذوي صعوبات الانتباه مع فرط النشاط من مرحلة الطفولة إلى مرحلة البلوغ على النحو التالي:

1- مرحلة الطفولة المبكرة:

من الخصائص المميزة لاضطرابات الانتباه والحركة المفرطة في مرحلة الطفولة المبكرة ما يلي:

- اضطرابات النوم.
- البكاء والصياح بصوت مرتفع.
- سرعه الاستثارة، والغضب.
- الحركة المفرطة.
- التي سيتم استعرضاها لاحقاً بشي من التفصيل.

2- مرحلة ما قبل المدرسة:

ومن المظاهر السلوكية المصاحبة لاضطرابات الانتباه في مرحلة ما قبل المدرسة ما يلي:

- العنف في التعامل مع الأشياء والآخرين.
- زيادة في اضطرابات النوم.
- سرعه التغيير المزاجي.
- تصلب الرأي وعدم الانصياع للأوامر.
- قصر مدة الانتباه.
- مشكلات في الكلام واللغة، حيث يوصف الكلام في تلك المرحلة بأنه لا يتلاءم والعمر الزمني والعقلي للطفل، وانه غير متناسق ومفهوم وغير مترابط.
- مشكلات في التكيف مع أقرانه مما يساعد على زيادة السلوك العدواني والعنف.

3- مرحلة المدرسة:

تستمر المظاهر السلوكية لمرحلة ما قبل المدرسة مع الطفل، حتى مرحلة المدرسة، لكنها تأخذ شكلاً أكثر حدة وأكثر وضوحاً لما تتطلبه تلك المرحلة من الجلوس بهدوء

لفترات زمنية طويلة والتعامل مع الواجبات المنزلية تلك التي تتطلب التركيز والانتباه، إضافة إلى التعاون مع الزملاء والمشاركة في الأنشطة المدرسية وأداء الواجبات والتكليفات المختلفة.

ونتيجة لما يتميز به الطفل من الانشغال وعدم الانتباه وعدم الانصياع للأوامر والتوجيهات، ومقاومة القوانين واللوائح المدرسية، تزداد مشكلاته في المدرسة، ولقد أشار باركلى أن ما بين 30 – 50 ٪ من هؤلاء الأطفال ممن تراوح أعمارهم ما بين 7-10 سنوات تصدر عنهم أشكال مختلفة من اضطرابات التصرف والسلوك المعادي للمجتمع، مثل الكذب والسرقة ومعاداة السلطات، إضافة إلى أن حوالي 25٪ منهم يتشاجرون مع أقرانهم بشكل متكرر.

4- مرحلة المراهقة:

تنخفض حدة الحركة المفرطة في مرحلة المراهقة في حين تبقي مشكلات الاندفاع وقصور الانتباه على درجتها من الحدة وتزداد حصيلة المراهق في هذه المرحلة من خبرات الإخفاق والفشل المتمثلة في الفشل الدراسي، والفشل في إقامة علاقات اجتماعية سوية، مما يزيد من حدة السلوك المعادى والمضاد للمجتمع،

ورغبة من المراهق في أن يكون مقبولا اجتماعيا فأنه يبحث عن أقران بخصائصه السلوكية، ومن هنا تنشا الجماعات الإرهابية والإجرامية المختلفة.

ويضيف فتحي الزيات أن هناك أنماط سلوكية مميزة للطفل مفرط النشاط تتمثل في العلاقات مع الآخرين على النحو التالي:

- ينزع إلى السيطرة والاستبداد بمن حوله بشكل زائد.
- يجد رفضاً ونبذا من الآخرين بشكل مستمر.
- لا يستطيع تكوين صداقات.
- يتشاجر مع غيرة من الأطفال دون تحريض أو استفزاز.
- تصرفاته وعاداته مزعجة وحادة الطبع.

5- **مرحلة الرشد:**

لقد أشار باركلي إلى أن أعراض اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة تبقي خلال مرحلة الرشد لدى أكثر من نصف عدد الذين كانوا يعانون من هذه الاضطرابات خلال مرحلة الطفولة، وأن ما بين 10- 20 ٪ منهم فقط يصلون إلى مرحلة الرشد دون أن يعانون من مشكلات أو اضطرابات نفسية، كما أن حوالي 25 ٪ من الراشدين يظهرون أنماطاً مختلفة من السلوك المعادى للمجتمع، وأن 50 ٪ منهم يلجئون إلى المخدرات والكحوليات والمكيفات وشرب السجائر، ومن أهم الصفات التي يتصف بها مضطربي الانتباه في تلك المرحلة ما يلي:

1. السلوك العدواني.
2. ضعف الاهتمام بالعلاقات الاجتماعية مع الآخرين.
3. تقلب الحالة المزاجية.
4. مفهوم الذات منخفض.
5. لديهم عجز متعلم.
6. نقص الدافع للانجاز.
7. إشاعه الفوضى داخل الجماعة التي ينتمون إليها.
8. عدم الاهتمام بالعمل وكثرة الغياب والمشاحنات مع الزملاء والمديرين.

كيفية علاج اضطراب الانتباه

هناك عدد من الطرق لعلاج اضطرب الانتباه أهمها:

أولاً: العلاج الطي:

إن اضطرابات الانتباه تعود في المقام الأول إلى اختلال في التوازن الكيميائي في الوصلات العصبية بالمخ، أو في التنشيط الشبكي لوظائف المخ، لذلك فإن العلاج الكيميائي الذي يستخدم من خلال العقاقير الطبية يهدف إلى إعادة التوازن الكيميائي لهذه الوصلات العصبية، حيث أنه

يزيد من الكفاءة الانتباهيه لدى الطفل، كما أنه يؤدى إلى زيادة قدرته على التركيز، ويقلل من مستوى الاندفاعية والعدوان، والنشاط الحركي المفرط.

ولكن العلاج بالعقاقير الطبية لا يكون فعالاً مع جميع الحالات' حيث نجد أن الأطفال المصابون بهذا الاضطراب، لأسباب تتعلق بتلف في المخ لا يستجيبون للعلاج الكيميائي، وعلى الرغم من ذلك فإن العلاج بالعقاقير الطبية يمثل علاجاً فعالاً في بعض حالات اضطرابات الانتباه، ألا أن له بعض الآثار الجانبية التي تظهر على الطفل مثل: الأرق، والخمول، والميل للنوم، فقدان الشهية للطعام والصداع، وآلام البطن، والرعشة، وتقلب الحالة المزاجية لدى الطفل، ولكن هذه الأعراض تزول تلقائياً وبالتدريج بعد أسبوع أو أسبوعين من بدء العلاج، كما أن بعضها الآخر يمكن التغلب عليه من خلال تنظيم وقت استخدام هذه العقاقير، فمثلاً الأدوية التي يترتب على استخدامها فقد الشهية للطعام يمكن استخدامها أثناء تناول الطعام أو بعد تناوله، كما أن تناوله يفضل في الفترة المسائية قبل النوم، وخصوصاً الأدوية التي ينتج عنها خمول أو رعشة، أو تؤدى إلى اضطراب في النوم.

كما يجب الإشارة إلى أن اضطراب الانتباه يؤدى إلى تقلص العضلات لدى الأطفال، كما أن هناك بعض العقاقير الطبية المنبهة التي تستخدم في علاج هذا الاضطراب تزيد من تقلص العضلات، مما يجعلها تتحرك لدى الطفل بطريقة لا إرادية، وتظهر في صورة إلزامية يطلق عليها باللوازم العصبية، فإن ظهرت هذه اللوازم العصبية لدى الطفل أثناء تناوله لهذه الأدوية، فيجب في هذه الحالة وقف استخدامها فورا واستبدالها بعقاقير أخرى لا تؤدى إلى تقلص العضلات.

ثانياً: العلاج السلوكي:

يعتبر العلاج السلوكي من الأساليب العلاجية الناجحة والفعالة في علاج اضطراب الانتباه لدى الأطفال، ويقوم هذا الأسلوب العلاجي على نظرية التعلم، حيث يقوم المعالج بتحديد السلوكيات غير المرغوبة لدى الطفل، وتعديلها بسلوكيات آخرى مرغوبة من خلال تدريب الطفل عليها في مواقف تعليمية.

وعادة ما يستخدم التعزيز الإيجابي مع العلاج السلوكي لهؤلاء الأطفال، وهو يعنى مكافئة الطفل بعد قيامه بالسلوك الصحيح الذي يتدرب عليه، وقد يكون التعزيز الايجابي مادياً، مثل مكافئة الطفل ببعض النقود أو قطع الحلوى، أو معنوياً مثل تقبيل الطفل أو مداعبته، أو مدحه بعبارات الشكر والثناء، ويجب الإشارة إلى أن تقديم التعزيز الإيجابي يجب أن يقدم عقب السلوك المراد تعزيزه مباشرة، لأن تأجيله قد يؤدى إلى نتائج عكسية.

فعلى سبيل المثال إذا ما قام الطفل بسلوك مرغوب فيه وأراد المعالج مكافئته عليه، فيجب في هذه الحالة أن يتم التعزيز عقب قيام الطفل بهذا السلوك مباشرة، لأنه في حاله تأجيل التعزيز قد يقوم الطفل بسلوك آخر غير مرغوب فيه، وعندما يتم التعزيز بعد ذلك فأن الطفل يعتقد بأن هذا التعزيز كان للسلوك الأخير، مما يشجعه على القيام بتكرار هذا السلوك غير المرغوب مرة أخرى، وذلك لاعتقاده الخاطئ بأن التعزيز الذي تم قبل ذلك كان موجها له، أي أن العلاج السلوكي يأتي بنتائج عكسية في هذه الحالة، حيث أنه سوف يعمل على تنمية السلوك غير المرغوب فيه لدى الطفل

كما أن المدخل السلوكي يركز في تفسيره لاضطرابات الانتباه على الخصائص السلوكية من خلال خاصيتين هما:

1- عجز الانتباه.

2- الاندفاعية.

وفي ضوء تلك الخاصيتين يؤكد هذا المدخل على عدد من المحاور هي:

1. إن اضطرابات الانتباه تجعل الطفل ووالديه عرضه لبعض الاضطرابات الانفعالية.
2. أن عجز أو قصورا لانتباه والإفراط في النشاط مكونين مستقلين يعكس الرؤية الأحادية التي تبنتها الجمعية الأمريكية لعلم النفس من خلال الدليل التشخيصي الإحصائي.
3. أن عملية تشخيص اضطرابات الانتباه يجب أن تتم على أساس استمرارية الأعراض والخصائص السلوكية لفترة زمنية معينة.

4. يقوم المدخل السلوكي على الاهتمام بالأعراض الناشئة عن اضطرابات الانتباه، دون الاهتمام بالأسباب المباشرة التي تقف خلف تلك الأعراض.

ثالثاً: العلاج النفسي:

حيث انه بالنسبة للطفل الذي يعانى من اضطراب الانتباه نجد أن المشكلات التعليمية التي تنجم عن هذا الاضطراب تؤدى إلى تأخره دراسياً، كما أن قيامه ببعض السلوكيات غير المقبولة يؤدي إلى اضطراب علاقته الاجتماعية مع المحيطين به خاصة أقرانه ومحصلة كل ذلك أن يشعر الطفل بالفشل وينخفض تقديره لذاته، كما أنه يشعر بالوحدة النفسية والقلق والاكتئاب، وغيرها من الاضطرابات الانفعالية الأخرى.

أما بالنسبة للوالدين فالبعض منهم يعتقد أنه هو السبب في إصابة طفلهم باضطرابات الانتباه ولذلك فإنهم يشعرون بالذنب، كما أن السلوكيات غير الاجتماعية التي يقوم بها الطفل المصاب باضطرابات الانتباه تؤدي إلى توترهم وتسبب لهم ضغوطاً نفسية كثيرة تنعكس على العلاقة بين الوالدين التي قد تؤدي إلى تصدع أسري، ومن هنا كان التدخل النفسي، والذي إما أن يوجه لوالديه، بهدف تخفيف حدة هذه الاضطرابات الانفعالية أو أن يوجه مباشرة إلى الطفل المصاب.

رابعاً: العلاج التربوي:

إن الأطفال المصابين باضطرابات الانتباه يوجد لديهم بعض صعوبات التعلم متلازمة لهذا الاضطراب التي إما ان تكون سبباً أو نتيجة لهذه الاضطرابات، كما يوجد لدى بعضهم الآخر هذا الاضطراب بدون صعوبات في التعلم.

فإن كان الطفل الذي يعانى من اضطرابات الانتباه لدية صعوبة في التعلم فإنه في هذه الحالة يحتاج إلى خطة تعليمية خاصة، حيث يجب أن تكون حجرة الدراسة العادية التي يدرس فيها مع أقرانه الأسوياء مجهزة بطريقة خاصة، بحيث يكون موقعها بعيداً عن الضوضاء والمؤثرات الخارجية التي تشتت الانتباه السمعي لدى الطفل، كما يجب أن

تكون حجرات الدراسة جيدة التهوية ومؤثثة بأثاث سليم يريح الطفل في جلسته حيث أن الطفل المكسور أو الصغير الحجم إنما يسبب القلق، ويجعل الطفل يشعر بالملل سريعاً.

كذلك يجب أن تكون هناك بالإضافة إلى ذلك حجرات دراسية خاصة بالأطفال ذوى اضطرابات الانتباه يتم فيها التدريس لهم بشكل فردي، كما يجب أن يقوم بالتدريس فيها معلم أخر غير الذي يدرس للطفل في الفصل الدراسي العادي، وذلك بهدف تنوع الموقف التعليمي، وأثراءة ذلك أن الطفل مضطرب الانتباه يشعر بالملل سريعاً وخصوصاً من التكرار الذي لا داعي له، لذلك فتغير حجرة الدراسة والاستعانة بمعلم أخر أو ذات المعلم، ولكن بطريقة أخرى للتدريس يؤدي إلى جذب انتباههم نحو المادة المتعلمة.

أما إذا كان الطفل الذي يعاني من اضطراب في الانتباه، لا يعاني من صعوبة في التعلم، فيجب في هذه الحالة تقديم الاهتمام والعناية الخاصة في ظل وجودة داخل حجرات الدراسة العادية، مع أقرانه العاديين في ظل مواقف تعليمية تتسم بالإثارة والتشويق والتنوع.

شروط العلاج التربوي

يحتاج العلاج التربوي إلى بعض الشروط الواجب توافرها، حتى يكتب له النجاح من أهمها:

1. يجب أن يحسن اختيار المعلم الذي سيقوم بالتدريس للأطفال المصابين باضطرابات الانتباه، بحيث يتمتع بالصبر، ويكون لديه استعداد نفسي وبدني للعمل مع هؤلاء الأطفال، وذلك لأن العمل مع هؤلاء الأطفال يحتاج إلى الصبر، وبذل الجهد أكثر مما يحدث مع الأطفال العاديين.
2. أن يتم تدريب المعلم على كيفية التدريس للأطفال المصابين باضطرابات الانتباه، وتزويده بفنيات العلاج التربوي التي تساعده على نجاحه في عملة معهم.

3. يجب أن يتم تكوين فريق عمل بالمدرسة يتكون من مدير المدرسة والمعلم الـذي يتم اختياره ليقوم بالتدريس لهؤلاء الأطفال والأخصائي النفسي، والأخـصائي الاجتماعي، والزائرة الصحية أو الممرضة، ويجب تزويدهم بالمعلومات الكافية عن اضطرابات الانتباه من حيث الأسباب والأعراض والمظاهر السلوكية.
4. يجب أن يقوم فريق العمل بوضع خطه علاجيـة شـاملة يـشترك فيهـا أعـضاء الفريق كل حسب تخصصه، كما يجب أن يقوم كل عضو بمتابعه الطفـل الـذي يعاني مـن هـذا الاضـطراب كـل حسب تخصـصه، مـع تـدوين الملاحظـات لمناقشتها مع فريق العمل.
5. يجب أن يكون هناك اتـصال مـستمر بـين فريـق العمـل وأسـرة الطفـل، لكـي يحـصلوا مــن الوالــدين علــى بعـض المعلومـات المتعلقـة بالتـاريخ التطـوري للاضطراب، وكذلك أعراضه في البيئة المنزلية

خامساً: الإرشاد الأسري:

يحتاج آباء وأمهات الأطفـال الـذي يعـانون مـن اضـطرابات الانتبـاه إلى الـبرامج الإرشادية المناسبة التي تساعدهم في التعامل مع أبنائهم، وكذلك تـساعدهم علـى تقـديم النصيحة والمشورة لهم، وتهدف برامج الإرشاد الأسري إلى:

- مساعدة الآباء على توفير المناخ الأسرى المناسب القـادر علـى اسـتيعاب أبنـائهم، والمحفز والمشجع لهم.
- مساعد الآباء على التكيف مع أبناءهم وإحداث قـدر أكـبر مـن التقبـل والتوافـق النفسي لهم.
- مساعدة الآباء على خلق بيئة إثرائية مشجعة ومـستوعبة ومتقبلـة ومعـززة للطفـل وسلوكياته.

ويقوم الإرشاد الأسري على تقديم الجلسات العلاجية والإرشـادية للآبـاء حـول خصائص وسمات الأطفال المضطربى الانتباه وكيفية التعامل معهم، والمصاحبات النفسية

والاجتماعية والسلوكية للاضطراب، وكيفية تقبل الطفل ومساعدته في التخلص من تلك الاضطرابات.

ومن برامج الإرشاد الأسري المستخدمة في علاج اضطرابات النشاط الزائد برنامج سوانسون وآخرون.

سادساً: التدخل العلاجي بالتغذية:

يستند هذا التدخل على وجود علاقة موجبة بين الحساسية لأنواع معينة من الغذاء واضطرابات فرط النشاط لدى الأطفال، حيث توصلت الدراسات في هذا المجال إلى أن حوالي (42٪) من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات الانتباه انخفض نشاطهم السلوكي الزائد إلى النصف، وذلك حينما تم استبعاد بعض العناصر الغذائية التي تسبب لهم الحساسية من طعامهم، ومن الأطعمة التي تسبب أو تزيد من النشاط الحركي لبعض الأطفال (الأطعمة المحفوظة- المعلبات- الشيكولاته - الشبيسى بأنواعه، واللحوم المجمدة- والجبن المطبوخ).

سابعاً: العلاج المعرفي:

يقوم العلاج المركز على أن الانتباه عملية معرفية محورية في نظام تجهيز ومعالجة المعلومات لدى الفرد، ويقوم على مجموعة من المحددات هي إن الانتباه من العمليات المعرفية الأساسية التي تقف خلف عمليات التجهيز التنفيذي أو الإجرائي التي تضم المراحل التالية:

- مرحلة ما قبل التجهيز الأدراكي: فيها يحدد التلميذ الخصائص الرئيسية الأكثر أهمية في المعلومات التي يتعين عليه تركيز الانتباه ومن ثم تلتقطها الحواس، وهي عملية آلية تلقائية تعتمد على كفاءة الحواس ونمط الانتباه ومداه.
- مرحلة التجهيز الادراكي: وفيها يميز التلميذ المعلومات الواردة إليه، وخصائصها الرمزية والشكلية ولذلك فهي تصبح قابلة للتخزين في الذاكرة طويلة المدى، وجاهزة للاسترجاع والاستخدام.

ثامناً: الأساليب والاستراتيجيات المستخدمة للتدخل العلاجي لعملية الانتباه منها:

ان التدريب على العمليات النفسية، التي ينادي أنصار تلك الاستراتيجية بالأخذ بمفهوم العمليات النفسية عند التخطيط لبرامج تربوية لذوى صعوبات التعلم، ويعتقد أن هذه العمليات تلعب دوراً مهماً للتقدم في الموضوعات الدراسية وأنه يمكن التدريب على هذه العمليات كي يتحسن أداء الأطفال ذوي اضطرابات الانتباه، ويظهر صدى ذلك بوضوح في الأداء الاكاديمى.

إن سلوك الانتباه كغيرة من المهارات النمائية لا يمكن تحسينه بشكل مجرد، لذلك فإن جميع الإجراءات التعليمية المقصودة منها تحسين عملية الانتباه يجب أن يتم تطويرها بشكل يرتبط بمهارة محددة، ولذلك فإننا لا نستطيع أن ندرب الانتباه في حد ذاته ولكننا ندرب على توجيه الانتباه نحو شيء معين وعندما يتم اختيار سلوك الانتباه الذي ستم التدريب عليه، على المدرب إيجاد الأساليب أو الاستراتيجيات التعليمية التي تساعد على زيادة الدافعية وكذلك سلوك الانتباه في مهارات تعليمية محددة.

ومن هذه الاستراتيجيات:

1- أعمل على توجيه الانتباه نحو المثيرات ذات العلاقة بالمهارة التربوية المحددة.

2- أخبر الطفل بالمثيرات المهمة أثناء تحليل المهمة.

3- قلل من عدد المثيرات الأخرى ذات العلاقة بالمهمة، وكذلك من تعقيداتها.

4- أكثر من حدة المثيرات ذات العلاقة بالمهمة.

5- استخدم المثيرات والخبرات الجديدة وغير المألوفة.

6- وظف أسلوب اللمس والحركة عن طريق استخدام الحواس.

7- اعرض المواد في شكل مجموعات متجانسة.

أسلوب التعلم الذاتي

يعتبر التعلم الذاتي احد استراتيجيات العلاج السلوكي المعرفي، وهو عبارة عن تصريح ذاتي مباشر في شكل حوار خارجي يستخدمه الأفراد في حل مشاكل الأطفال،

وقد توصلت العديد من الدراسات إلى ان استخدام فنية العلاج القائم على التعلم الذاتي لمدة أربعه شهور إنما يؤدي إلى تحسين المهارات الأكاديمية، وتطوير مهارات التنافس.

كما تعرض سحرالخشرمي لمجموعه من الاستراتيجيات ذات الفعالية في علاج اضطرابات الانتباه هي:

1. **إستراتيجية علاج الوظائف التنفيذية:**

حيث يعزى الطلاب ذوى اضطرابات الانتباه الفشل الأكاديمي إلى أسباب مرتبطة بوجود اضطراب في الوظائف العملية، وهو ما يؤثر على العمليات العقلية التي تساعد في تنظيم السلوك المعقد المباشر، وتشمل هذه العمليات وضع الأهداف والتخطيط والسببية والمرونة والقدرة على تأخير الاستجابة، كذلك فان سعة وكفاءة الذاكرة العاملة تعد من العوامل الهامة ذات التأثير ومن هنا تأتى أهمية إستراتيجية علاج الوظائف التنفيذية في تحسين سعه الذاكرة العاملة وزيادة القدرة على التذكر وكفاءة منظومة عمل الذاكرة.

2. **إستراتيجية التركيز البصري:**

حيث أظهرت العديد من الدراسات أن الأطفال ذوى صعوبات التعلم المصحوبة باضطرابات في الانتباه يميلون إلى عدم الطاعة وإتباع التعليمات أكثر من غيرهم من الأطفال، وخاصة الأطفال ذوى السلوك العنادى Oppositional Defiant Disorder والآلية التي من خلالها يتزايد هذا السلوك لدى الأطفال غير واضحة تماماً، لكن هناك نظرية تشير إلى أن الأطفال عادة إذا ما وجه لهم أمر من الأوامر مثل "اترك لعبتك جانباً" فان الأطفال العاديين غالبوا ما ينصاعوا للتعليمات أما الأطفال ذوى اضطرابات الانتباه فإنهم يميلون إلى الاندفاع ويتسمون بردود أفعال سريعة تترجم إلى سلوك يطلق عليه العناد.

3. **إستراتيجية الأشراف والمتابعة الفردية:**

تقوم تلك الإستراتيجية على الدور الأشرافى الذي يقوم به المعلمون والآباء في متابعه الأبناء ذوى صعوبات التعلم ممن يعانون من فرط النشاط، حيث أن المتابعة المستمرة لهم مع التوجيه غير المباشر يدفع بهم إلى الاستجابة وردود أفعال أكثر ايجابية.

اضطرابات الانتباه وصعوبات التعلم

تنتشر صعوبات التعلم بين الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه، حيث أن معظمها قد يرجع إلى إما لعدم قدرتهم على القراءة الشاملة للمادة المقروءة، أو أنهم يعانون من اضطرابات اللغة، وتتحدد العلاقة بين اضطراب اللغة وصعوبات التعلم لدى الأطفال الذين يعانون الذين يعانون من اضطراب الانتباه، وقد أوضحت نتائج الدراسة أن اضطراب اللغة ترتبط بعلاقة موجبة مع صعوبات التعلم لدى هؤلاء الأطفال، حيث أن اضطراب اللغة يجعلهم يعجزون عن تقديم الاستجابة الصحيحة، فضلاً عن ذلك فإن اضطراب الحديث لديهم تجعلهم يقفزون من موضوع إلى آخر غير قادرون على تقديم الاستجابة الصحيحة في صورة منطقية متسلسلة.

وقد لعبت العلاقة الوثيقة بين اضطرابات الانتباه وصعوبات التعلم دوراً مهما في تنشيط وتفعيل حركة البحث العلمي في هذا المجال، اعتماداً على الاعتقاد السائد بأن اضطرابات الانتباه تقف، كأسباب رئيسية خلف صعوبات التعلم، وقد تمايزت البحوث في استكشاف هذه القضية في محورين يتناولان نمطي مهام الانتباه هما:

1- مهام الانتباه الانتقائي.

2- مهام الانتباه طويل المدى.

1) الانتباه الانتقائي:

- يعرف الانتباه الانتقائي بأنه القدرة على الاحتفاظ أو الاستمرار في الانتباه إلى موضوع الانتباه في ظل وجود العديد من المشتتات.
- في هذا الإطار أجريت دراسات عدة اعتمدت مهام الانتباه الانتقائي، حيث تم اختيار مجموعتين من الأطفال إحداهما تمثل ذوى صعوبات التعلم، والأخرى تمثل العاديين من غير ذوي صعوبات التعلم وعرضت على المجموعتين مجموعة من المثيرات (صور لحيوانات) تمثل المثيرات المحورية أو موضوع الانتباه الانتقائي على خلفية تمثل مثيرات عارضة.

- وقد قيل للمفحوصين في كل تجربه أن تركز على المثير المحوري موضوع الانتباه الانتقائي، ولم يطلب أي شيء بالنسبة للمثيرات العارضة، وكان مؤدي الافتراض التي تقوم عليه هذه الدراسة أن الأطفال ذوى القدرة العالية على الانتباه الانتقائي سيركزون على الفقرات أو المثيرات المحورية موضوع الانتباه، في حين يقوم الأطفال ذوى القدرة أو المهارة المنخفضة على الانتباه الانتقائي، بالانتباه لكل من المثيرات المحورية وكذا المثيرات العارضة معاً.
- وقد طلب من أفراد المجموعتين كتابه ما يتذكرون عقب عرض قائمة من الفقرات، كل منها يحتوى على مثير مركزي يمثل موضوع الانتباه مع مثيرات عارضة تمثل خلفية لهذا المثير.
- وقد كشفت النتائج أن الأطفال العاديين احتفظوا بعدد أكبر من المثيرات المركزية، عندما قورنوا بأقرانهم من ذوى صعوبات التعلم، على حين كان احتفاظ ذوى صعوبات التعلم بالمثيرات العارضة أكبر من أقرانهم العاديين.
- وقد قادت تلك النتائج إلى تقرير أو استنتاج أن ذوى صعوبات التعلم لديهم قصور واضح في الانتباه الانتقائي.

2) الانتباه طويل المدى:

يقصد بالانتباه طويل المدى أو الممتد لفترة مستمرة أو طويلة أن يظل الانتباه للشيء موضوع الانتباه لفترة من الزمن، والواقع أن مفهوم الانتباه طويل المدى أو استمرارية الانتباه لفترة، هو تعبير غير دقيق حيث أن هذه الفترة غير محددة، ومن ثم يخضع لاجتهادات الباحثين، على الرغم من أن معظم الدراسات التي قامت على الأطفال اعتمدت ألا تقل الفترات الزمنية للمحاولات عن عشر دقائق، بمعنى أن يظل الطفل في أدائه على المهمة، لمدة لا تقل عن عشر دقائق، مع تعرضه لمثيرات تقطع هذه الاستمرارية، كان تظهر أو تقدم بعض المثيرات السمعية أو البصرية خلال ممارسة الأداء أو متابعه الانتباه طويل المدى إذا كان بمقدوره أن يكبح ميله للاستجابة للمثيرات المصاحبة أو التي تقطع أمد الانتباه.

وقد أظهرت الدراسات في مجملها التي تناولت مهام الانتباه طويلة الأمد أن الأطفال ذوى صعوبات التعلم ليس لديهم قصور في أداء مهام الانتباه طويل المدى، وعلى النقيض من ذلك أظهر ذوى اضطرابات الانتباه المصحوبة بفرط النشاط الكثير من الأخطاء على مهام قياس الانتباه طويل المدى.

وتأخذ صعوبات التعلم موقعاً مركزياً بين صعوبات التعلم المختلفة، مما حذا بالكثير من العاملين في مجال التربية الخاصة إلى أن يعتبروا صعوبات الانتباه تقف خلف كثير من أنماط صعوبات التعلم الأخرى، مثل صعوبات القراءة، والفهم القرائي، والصعوبات المتعلقة بالذاكرة، والصعوبات المتعلقة بالحساب، والرياضيات، بالإضافة لصعوبات التآزر الحركي، والصعوبات الإدراكية بشكل عام.

وعلى الرغم من هذه العلاقة الوطيدة بين اضطرابات الانتباه والنشاط الزائد وبين صعوبات التعلم، فمازال هناك غموض يحيط بهذا الموضوع في عالمنا العربي، حيث يتم التعامل مع الأطفال الذين يظهرون صعوبات تعلم ناتجة من ضعف الانتباه والنشاط الزائد، على أنهم من ذوى صعوبات التعلم الأكاديمية.

كما أن مشكلاتهم التعليمية تعالج غالباً باستراتيجيات تقليدية، ولا تتماشي مع طبيعة هذا الاضطراب، ومن الجدير بالذكر أن هناك ثلاث أسباب على الأقل تعد مدعاة للتداخل الكبير بين صعوبات التعلم واضطرابات الانتباه المصحوبة بالنشاط الحركي المفرط، تتمثل في:

1. أن صعوبة التعلم تسبق مشكلات الانتباه حيث قد تصدر عن التلاميذ سلوكيات تدل على قصور الانتباه، بسبب ما ينتابهم من إحباط على أثر ما يتعرضون له ويخبرونه من فشل متكرر.
2. أن مشكلات الانتباه قد تسبق صعوبة التعلم، حيث قد يؤدى قصور الانتباه إلى الفشل في التعليم الاكاديمي، مما يكون سبباً في تدنى مستوى الأداء الدراسي.
3. أن مشكلات الانتباه وصعوبات التعلم قد تظهران، كحالتين منفصلتين ومستقلتين عن بعضهما البعض، ولكنهما تتزامنان مع بعضهم.

علاوة على ذلك فإن هناك خصائص أخرى شبيهه بما تم تحديدها على أنها قصور في الانتباه مصحوب بنشاط زائد، وهي:

- أن النسبة الأكبر من الحالات يعدون من البنين مقارنه بالبنات.
- أن العديد من هؤلاء الأطفال يعانون من تلف بسيط في الدماغ.
- أن العديد منهم ذوو مستوى ذكاء عادى.
- أن هناك أساسا وراثياً مشتركاً.

ومن الصعوبات الأكاديمية والنمائية التي تظهر لدى ذوى اضطرابات الانتباه ما يلي:

أولاً: الصعوبات اللغوية:

في دراسة قام بها رابنرو وآخرون حول الصعوبات التعليمية التي يمر بها الطلاب في المرحلة الابتدائية، حيث كانت الدراسة تقوم على متابعة التغيرات الأكاديمية لمجموعة من الأطفال الذين كانوا يعانون من مشكلات في الانتباه بمرحلة رياض الأطفال تمت متابعتهم لخمسة سنوات لاحقة، وقد ظهرت مشكلات أكاديمية واضحة لدى الأطفال خاصة في التحصيل القرائي، حيث كان أدائهم منخفضاً في هذا الجانب، مما يشير إلى أن مشكلات الانتباه، قد تكون مؤشراً لحدوث صعوبات القراءة لاحقاً لدى لأطفال في حال ما أهملت متابعتها.

ثانياً: صعوبات الرياضيات:

يعانى الطلاب ذوى اضطرابات الانتباه من صعوبات تعلم أكاديمية في المواد الأكاديمية المختلفة، وإن أكثرها شيوعاً هي صعوبات الرياضيات، ومن المشكلات الشائعة في الرياضيات لدى هؤلاء الأطفال ما يلي:

- المشكلات المرتبطة باستيعاب مفاهيم الرياضيات.
- استيعاب الحقائق الأساسية لاستكمال حل المشكلات في الوقت المناسب.
- استخدام الاستراتيجيات المناسبة.
- مشكلات في إجراء العمليات الحسابية المختلفة.

وقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن الطلاب ذوى صعوبات التعلم المصحوبة باضطرابات الانتباه يبدون أداء أفضل عندما تنظم المهام الرياضية لتتناسب مع المستوى الأكاديمي الفردي، وعندما تقدم لهم تغذية راجعة مستمرة حول أدائهم، كذلك عندما تكون نتائج أدائهم ظاهرة ومرتبطة بعملهم، في حين يتم استخدام إجراءات مناسبة لتقديم دروس الرياضيات لهم، كاستخدام القصص والأساليب المثيرة، فإن ذلك يشد أنتباة الأطفال، ويعمل على تحسين أدائهم الأكاديمي.

ثالثاً: الصعوبات النمائية:

من الصعوبات النمائية التي يعانى منها الأطفال ذوى صعوبات الانتباه المصحوبة باضطرابات الانتباه مع فرط النشاط ما يلي:

- عدم القدرة على التحكم في الذات Self-Control:

هنا يؤكد نموذج باركلي على أن أهم الخصائص الأساسية المميزة للأطفال ذوي صعوبات التعلم المصحوبة باضطرابات الانتباه مع فرط النشاط عدم القدرة على التحكم في الذات، وتكون مصاحبة لصعوبة الانتباه، حيث يرى باركلي أنة أثناء مرحلة نمو الطفل، فإن التأثير والتحكم بسلوك الطفل، يتحول تدريجياً من المصادر الخارجية إلى ان يصبح، وبشكل متزايد محصناً بقوانين ومعايير داخلية، وهو ما يقصد به التحكم الذاتي:

- فعلى سبيل المثال الطفل الصغير تكون لدية قدرات محدودة للتحكم بسلوكه الأندفاعي، فمن الشائع أن الأطفال الصغار يفعلوا عادة ما يخطر على بالهم، وأن لم يفعلوا فيكون ذلك على الأغلب نتاج موانع محيطة بهم، كأن يلقى الطفل بالألعاب على الأرض حين يغضب، ويمتنع عند وجود أشخاص محيطين به يشكلون مصدراً للتهديد.
- يرى باركلي أن الأطفال الذي يعانون من اضطرابات الانتباه غالباً ما يعانون من ضعف التحكم في الذات، كناتج لخلل في الوظائف والعمليات الأساسية، ومنها:

1- الذاكرة العاملة:

يعاني الطفل ذوي صعوبات التعلم المصحوبة بنشاط زائد من نقص واضح في كفاءة وسعه الذاكرة العاملة، التي تؤثر بدورها على كفاءة الأداء اليومي والتفاعل مع الآخرين وأداء المهام الأكاديمية المختلفة.

2- الحديث مع الذات:

حيث يعاني الطفل ذوى صعوبات التعلم المصحوبة باضطرابات في النشاط من عدم القدرة على الحديث الداخلي الموجة، نحو قيادة السلوك والأفعال وحل المشكلات، حيث ان تلك القدرة تتطور وتنمو في وقت متأخر من مراحل النمو.

3- قيمة الوقت:

كما يعانى كذلك الطفل ذوى الصعوبة في التعلم المصحوبة باضطراب الانتباه من عدم القدر على تقدير الوقت المناسب، لأداء المهام المختلفة، والزمن ألازم للانتقال من مهمة إلى أخرى.

4- توجهات الأهداف:

كذلك يتسم الأطفال ذوى اضطرابات الانتباه بأنهم ذوى توجه هدف قائم على الأداء، أي أن الدرجة تمثل لديهم هدف وقيمة في حد ذاتها، فهم لا يتعلمون من أجل التعلم واكتساب المعلومات والمفاهيم الجديدة أو إتقان المادة الدراسية، كما أنهم لا يحبون المهام الصعبة التي تتطلب مزيدا من الوقت والجهد لتنفيذها.

الفصل الخامس

الاضطرابات والمشكلات النفسية للأطفال وسائل السيطرة عليه

الفصل الخامس

الاضطرابات والمشكلات النفسية للأطفال وسائل السيطرة عليه

مفهوم الاضطرابات والمشكلات النفسية للأطفال

لقد تعددت تعريف كلمة مشكلة أو اضطراب تعدد أيضا تعريف اضطرابات ومشكلات الطفولة، فقد عرفها أحمد عزت راجح بأنها "حالة انفعالية مؤلمة تنشأ عن الأحباط الموصول بدافع أو أكثر من الدوافع القوية لدي الفرد"، أو أن المشكلات النفسية هي تلك الصعوبات في علاقات الفرد بغيره أوبالآخرين من حوله، أو في ادراكه للعالم من حوله، أو في إتجاهاته نحو ذاته، أو أنها المواقف والمسائل الحرجة التي تواجه الفرد فتتطلب منه حلاً، وتضعف من كفاءته وإنتاجه وتكيفه مع نفسه ومع الآخرين.

وقد عرفها دليل تشخيص الأمراض النفسية للجمعية المصرية للطب النفسي بأنها مجموعة من الاضطرابات التي تحدث في مرحلة الطفولة وتتخذ شكلاً مستمراً مقاوماً للعلاج، وتفوق تلك التفاعلات العابرة أو الموقفية التي لا تصل إلي درجة العصاب أو الذهان أو اضطرابات الشخصية"، وبناء على ما سبق يمكن تعريف الاضطرابات النفسية للأطفال بأنها تلك الصعوبات والمعوقات الجسمية والنفسية والاجتماعية التي تقف في طريق تحقيق الطفل لحاجاته ومتطلباته وتعوقه عن التغلب علي تحديات وصراعات مرحلة الطفولة، ومن ثم تجعله غير متكيف مع بيئته، وغير متوافق مع الآخرين سواء في المنزل أو في الصحبة وفي المدرسة، مما يؤدي إلى انعزاله عن المجتمع، ومن ثم حاجته إلى الرعاية والتوجيه والعلاج.

الطفل الذي يعاني من مشكلة أو اضطراب نفسي معين

هناك عدة حقائق ترتبط بتحديد مشكلات واضطرابات الطفولة منها:

1- السلوك الذي يعتبر عادياً في سن مبكر يصبح من علامات سوء التوافق، إذا لازم الطفل عندما يكبر.

2- إن أعراضاً معينة، كالتبول اللاارادي والمخاوف النوعية أقل حدوثاً عند كبار الأطفال على العكس من أعراض ضعف الانتباه وأحلام اليقظة.

ومن ثم هناك عدة معايير للطفل المضطرب أو المشكل، وهي كما يلي:

1- عدم النضج الانفعالي: تظهر علاماته في عدم الاتزان وعدم تناسب انفعالاته مع الموقف، وعدم استقرارها نحو الأشخاص والأحداث وموضوعات البيئة الخارجية.

2- عدم النضج الاجتماعي: الذي يتبدي في عدم القدرة علي إقامة علاقات صداقة ومودة مع أقران سنه، ولا يكون قادراً علي إقامة علاقات صحيحة مع والديه وأخوته ويتم بعواطف من الكراهية أزاء الأخرين.

3- عدم قدرة الطفل علي التغلب على مشكلاته، والاستغراق في المشكلة دون العمل على حلها حتى يصل إلي نقطة الأنهيار.

4- عدم القدرة علي ضبط الذات وتحمل المسئولية والتهرب منها كلما تقدم في العمر، كما يتميز بعدم الثقة في النفس والانسحاب من المواقف.

5- عدم ملاءمة السلوك مع عمره ومستوي نضجه: حيث أن الطفل المشكل لديه من الأفكار والمشاعر والتصرفات التي تكون غير مناسبة وتعكس مدركاته، وقد يسئ تفسير المواقف من حوله.

ويجب علينا أن نكون واعين لحقيقة أن الفرق بين الطفل السوي والطفل المشكل أو المضطرب هو فرق في الدرجة، وليس في نوع الاضطراب، فكثير من الأطفال يشعرون بالخوف عند رؤية شيئ ما ولكن هذا الخوف يزول تدريجيا بزوال سبب الخوف، ولا يعوقهم هذا الخوف عن أداء واجباتهم، أما لدي الطفل المشكل يؤدي به الخوف إلي عزلته وإعاقته عن أداء واجباته.

6- إن أعراضاً انفعالية معينة تعتبر أمراً عادياً بالنسبة لصغار الأطفال دون الخامسة، ولكنها تعتبر من علامات اضطراب القيم إذا ظهرت عند الأطفال الكبار.

7- إن بعض الأعراض ترجع إلي أسباب أو مواقف صعبة تزول بزوال هذه الأسباب أو المواقف المؤقتة، وسرعان ما يعود الطفل إلي التوافق العادي.

ومن هنا يمكننا القول بأنه إذا أظهر الطفل سلوكاً معيناً وإنخرط فيه بشكل مبالغ، وترتب على ذلك السلوك إعاقة الطفل عن أداء واجباته المطلوبة منه، ومن ثم نال على ذلك عقوبات رادعة من أفراد أسرته أو من مدرسيه أو من المجتمع ككل ولم يمكنه التخلص من ذلك السلوك، هنا نصف هذا الطفل بأن لديه مشكلة أو اضطراب نفسي معين.

حجم الاضطرابات النفسية للأطفال

اختلف الباحثون حول تحديد نسبة المشكلات والاضطرابات التي يعاني منها الأطفال، وانقسما إلى فريقين:

فريق ذهب إلى أن نسبة انتشار اضطرابات الأطفال عادية جداً، وليست مرتفعة حيث يستندون إلي أن زيادة التقدم العلمي في ميادين الصحة النفسية والاجتماعية، وخدمات الطب النفسي للأطفال ساعد على التعرف علي كثير من المشكلات التى يعاني منها الأطفال، والتي لم تكن معروفة من قبل، هذا بالإضافة إلي زيادة حرص الأباء على فهم طبيعة مشكلات واضطرابات الأبناء من الناحية النفسية والتعرف على أساليب مواجهتها، مما قلل من حجم المشكلات النفسية التي يعاني منها الأطفال، هذا فضلاً عن تحسن وتطور وسائل وأساليب العلاجات الطبية والنفسية والسلوكية، مما حدا بالآباء إلي أرسال أبنائهم دون خوف أو حرج إلي العيادات والمراكز المتخصصة لعلاج مشكلات الأطفال.

أما الفريق الثاني من العلماء فهم على العكس يرون أن هناك تزايد ملحوظ في نسبة انتشار اضطرابات ومشكلات الطفولة نظراً لتعقد المدنية الحديثة وظروف الحياة المعقدة، وإلى كثرة الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الاضطرابات لدي الأطفال.

ولكن في النهاية يمكن القول بأن كلا الفريقين على حق، حيث أنه نظراً لضغوط الحياة وصراعاتها يعاني الطفل من اضطرابات ومشكلات لم تكن موجودة من قبل (مثال

ذلك، أدمان الكمبيوتر والانترنت)، كما ان حجم هذه المشكلات يزداد يوماً بعد يوم نظراً لأن كل ذلك يؤثر على علاقة الطفل بوالدية وبالمجتمع من حوله مما يزيد اضطرابه، وهنا تظهر الحاجة البالغة للطب النفسي للطفل والتوجيه والإرشاد، لأنه لو استطعنا تحسين علاقة الطفل بالمجتمع، واعتنينا بالرعاية النفسية السوية أثناء الطفولة لنشأ عندنا جيل خال من العصاب والذهان واضطراب الشخصية.

ولكن مع كل هذه الأهمية لتشخيص اضطرابات الطفولة، إلا أن هناك ثمة صعوبات تواجهنا عند فحص الطفل أكلينكيا بالطرق المعروفة خاصة بالمحادثة، حيث يقاوم أي محاولة للتعرف عليه، ويعترض علي تدخل الناس في عالمه الخاص، ومن ثم يكون على الطبيب استعمال طرق أخرى غير المحادثة للوصول إلي بعض المعرفة لصراعات الطفل، ومنها مشاهدته وملاحظته أثناء تأمله واستغراقه في أنواع اللعب المختلفة. هذا بالإضافة إلي عدم نضج شخصية الطفل، حيث أنه مازال في طور النمو النفسي والاجتماعي، مما يجعلنا نعتمد على تقارير الكبار في تشخيص اضطرابات الطفولة، مثل تقارير الوالدين أو المدرسين أو الاصدقاء أو الأخصائي النفسي أو الاجتماعي.

التصنيف التشخيصي للاضطرابات النفسية للأطفال

لكي يتم تشخيص اضطرابات الطفولة لا بد من وجود قائمة متفق عليها بأسماء الاضطرابات والمشكلات التى يمثل كل منها مرضاً ومن أهم التصنيفات في مجال الطب النفسي هو:

1- التصنيف الدولي:

لم تشتمل أي قائمة من القوائم الخاصة بهذا التصنيف علي فصل خاص بالاضطرابات أو الأمراض العقلية، حتى عام 1948 حيث صدرت القائمة السادسة من هذا التصنيف (ICD-6) وأشتملت لأول مرة علي فصل خاص بالأمراض العقلية، ثم صدرت القائمة السابعة عام (1955)، ولم تضف جديداً، ثم القائمة الثامنة عام (1965)

متضمنة الوصف الأكلينكي والتشخيص الفارق والعلاج للاضطرابات العقلية، ثم القائمة التاسعة عام (1979) مشتملة علي إضافات وتحسينات، منها إضافة اضطرابات الأطفال النفسية واضطرابات النمو، ثم القائمة العاشرة عام (1992) بواسطة منظمة الصحة العالمية مشتملة أيضاً علي تحسينات كثيرة وتتميز عن القائمة السابقة بوجود قسم خاص بالأمراض النفسية في الطفولة والمراهقة.

2- التصنيف الأمريكي:

حيث وضعت أساسه الجمعية الأمريكية للطب النفسي في عام 1917، ثم أدخل علي هذا التصنيف عدة تعديلات في عام 1944 وعام 1954، ثم ظهر الدليل الثاني للجمعية الأمريكية للطب النفسي عام 1968، ثم الإصدار الثالث للدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات النفسية والعقلية DSM III عام 1980، ثم ظهر الدليل الإحصائي والتشخيصي الثالث المعدل (DSM-III. R) عام 1987، وحتى الآن ظهر الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع IV DSM عام 1994.

3- التصنيف المصري:

اعتمد هذا التصنيف الذي ظهر عام (1979) علي تلك التصنيفات التي جاءت سواء في التصنيف الدولي الصادر عام 1968 أو التصنيف الأمريكي الثاني الصادر في نفس العام، ولكن يتميز التصنيف الأمريكي عن غيره من التصنيفات بوجود فصل مستقل عن الاضطرابات النفسية التي تظهر لأول مرة في الطفولة مشتملاً علي المحكات التشخيصية لكل منها على حدة، أو اضطراباً معيناً متفق عليه بين الأخصائيين، وفق مكحات معروفة، بدون مثل هذه التصنفات تصبح عملية التشخيص شكل بلا موضوع.

وهناك العديد من التصنيفات للاضطرابات والمشكلات التي تحدث في مرحلة الطفولة.

فمثلاً جاء تصنيف أحمد عكاشة للأعراض الأكلينيكية في الطفولة، سواء كانت (أ) اضطرابات سلوكية أو (ب) اضطرابات عصابية و(جـ) اضطرابات ذهانية وظيفية أو (د) اضطرابات ذهانية عضوية، على النحو التالي:

1- اضطرابات سلوكية:

هـذه تتـضمن عـدة فئـات فرعيـة مـن اضـطرابات النـوم، اضـطرابات الطعـام، اضطرابات التبول والتبرز، اضطرابات الكلام، اضطرابات الحركـة، اضـطرابات الجـنس، والاضطرابات الاجتماعية.

2- اضطرابات عصابية:

هي تتضمن القلق النفسي، الهستيريا، الوسواس القهري، الاكتئاب العصابي.

3- اضطرابات ذهانية وظيفية:

تشتمل على الاضطرابات التالية:

أ- الاضطرابات الوجدانية في الطفل ومنها:

الاكتئاب المصحوب بالخوف، الاكتئاب المنفرد، الاكتئاب المصحوب بالتبول الليلي اللاارادي، الاكتئاب الهوسي.

ب- فصام الطفولة: وتشتمل علي:

1- ذهان الطفولة المتأخرة

2- ذهان الطفولة المتوسطة

3- ذهان الطفولة المبكرة

4- اضطرابات ذهانية عضوية:

هي تلك الأعراض الذهانية التى يستجيب بها الأطفال للأمراض الجسمية، والـتي تتراوح بين هـذيان حـاد، وتحـت الحـاد، واضـطرابات ذاكـرة، ونوبـات مـرح واكتئـاب واختلاط عقلي، ويصحب ذلك حساسية مفرطة، وتهيج عصبي، وأحياناً ما يحدث ذلـك من ارتفاع درجة حرارة الجسم، وبالطبع تعتمد الاستجابة الذهانية علي درجة الاستعداد البيولوجي.

ولكن رغم اتساع هذا التصنيف لعدد كـبير مـن الاضـطرابات، إلا أنـه لم يـشتمل علي العديـد مـن الاضـطرابات الأخـري التـى تميـز مرحلـة الطفولـة مثـل اضـطرابات وصعوبات التعلم والتخلف أو الضعف العقلي، واضطرابات السلوك، مثل فرط الحركـة

وتشتت الانتباه والجنوح والكذب والسرقة وغيرها، وأيضاً اضطرابات اللوازم والاضطرابات النمائية وغيرها.

وقد جاء الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي في تعديله الرابع الصادر عام (1994)، وأورد لنا المشكلات والاضطرابات التى تصيب الطفل والصبي أو المراهق في الاضطرابات التالية:

أولاً: التخلف العقلي:

يشتمل على الأنواع التالية:

تختلف عقلي بسيط أو ضعيف، تخلف عقلي متوسط، تخلف عقلي شديد، تخلف عقلي بالغ الشدة أو جسيم.

ثانياً: اضطرابات التعلم:

تتضمن الاضطرابات التالية:

اضطراب القراءة والكتابة، اضطراب القدرة الحسابية، اضطراب التعبير الكتابي، واضطرابات التعلم التى لم يسبق تصنيفها في فئات أخري.

ثالثاً: اضطراب المهارات الحركية:

ان هذا يشتمل على اضطراب واحد فقط، ألا وهو اضطراب التآزر النمائي.

رابعاً: اضطرابات التواصل:

هي تشتمل علي عدة اضطرابات فرعيةهي اضطراب التعبير اللغوي، الاضطراب الاستقبالي المختلط اللغوي التعبيري، الاضطراب الصوتي، التأتأة أو اللجلجة، وأيضاً تتضمن اضطرابات التواصل التى لم يسبق تصنيفها في مكان أخر.

خامساً: الاضطرابات النمائية السائدة:

تتضمن اضطراب الذاتوية أو التوحدية (الأوتيزم)، اضطراب ريت RETT، اضطراب عدم التكامل النمائي في الطفولة، اضطراب اسبرجر، بالإضافة إلي الاضطرابات النمائية غير المحددة أو النوعية.

سادساً: اضطرابات قصور الانتباه والسلوك التدميري:

يشتمل على قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أو فرط الحركة والنشاط، واضطراب التصرف أو الجناح، اضطراب التحدي والمعارضة الجريئة، واضطراب السلوك الممزق أو المنحرف.

سابعاً: اضطرابات التغذية وتناول الطعام في المهد أو الطفولة المبكرة:

تتضمن فقدان الشهية، الشره العصابي، النهم للأطعمة غير المألوفة (البيكا Pica)، مثل الأوراق والطين، اضطراب اجترار الطعام، واضطرابات التغذية في المهد والطفولة المبكرة غير المحددة.

ثامناً: اضطرابات اللزمات:

تشمل يندرج تحت هذه الفئة من الاضطرابات اضطراب توريت Tourett، الاضطراب الحركي المزمن، اضطراب اللازمات العابرة المتكررة الحدوث دورياً، اضطراب اللازمات غير المحددة.

تاسعاً: اضطرابات الاخراج:

تشتمل علي اضطراب الاخراج اللاارادي بالامساك أو بتدفق الأخراج بغزارة، سلس البول أو الغائط، التبول اللاارادي الذي لا يرجع إلى أسباب طبية عامة.

عاشراً: اضطرابات أخرى في المهد أو الطفولة والمراهقة:

يشتمل على عدة اضطرابات مثل اضطراب قلق الانفصال والذي يصنف في الطفولة المبكرة، الصمت الاختياري أو التحولية الاختيارية، اضطراب التعلق التفاعلي في الطفولة المبكرة والمهد، اضطراب الحركة، وعدم الاستقرار المصحوب بإيذاء الذات، بالإضافة لاضطرابات المهد والطفولة المبكرة أو المراهقة غير المحددة، والتي لم تصنف في فئات أخرى.

وهكذا فإن التصنيف الرابع للاضطرابات العقلية والنفسية للجمعية الأمريكية للطب النفسي DSM IV قد اشتمل على العديد من الاضطرابات والمشكلات النفسية التي يعاني منها الأطفال، والتي لم يشتمل عليها غيره من التصنيفات الأخري، الأمر الذي

يجعلنا نأخذ في عرضنا لهذه الاضطرابات والمشكلات في الكتاب الحالي بالمحكات التشخيصية التي وضعها لكل اضطراب.

خامساً: النماذج النظرية المفسرة للاضطرابات النفسية لدي الأطفال:

قد ينشأ اضطراب أو خلل الأداء النفسي لدى الطفل نتيجة مرض أو خلل في الجهاز العصبي، أو نتيجة لظروف اجتماعية بيئية سيئة، وخبرات تعلم خاطئ، كما يدعي السلوكيون وبالطبع فقد تكون كل العوامل السابقة متداخلة متشابكة، بحيث ينشأ عنها ما يطلق عليه السلوك المضطرب أو اللاسوي لدى الطفل وهناك عدة نماذج رئيسية تمثل معظم التوجهات النظرية التي تفسر السلوك واضطراباته هي ما يلي:

1- النموذج الفسيولوجي (الطبي).
2- النموذج السيكوديناميي.
3- النموذج السلوكي.
4- النموذج الثقافي الاجتماعي.
5- النموذج الإنساني.

أنواع مشكلات الأطفال، ووسائل علاجها.

ان للأطفال مشكلات نفسية كثيرة، قد يقف عندها الآباء حائرين، يعانون منها، ويسهرون قلقين إزاءها، ويصرخون من آثارها، كما ان نقطة الانطلاق للتغلب على هذه المشكلات أن يكون لدي الأبوين قدرٍ كافٍ من المعرفة بهذه المشكلات، وأسبابها، ومظاهرها، ومدى خطورتها من عدمه، ووسائل علاجها، فعلي كل أبوين ألا يتهاونا في معالجة مثل هذه المشكلات؛ لأنها تحفر بمخالبها في شخصية الطفل، فتمسخها وتطمس فطرتها، وتشوه كمالها:

مشكلة الخوف عند الأطفال ليس غريبًا أن نخاف فالخوف أمر طبيعي يشعر به الإنسان في بعض المواقف التي تهدد حياته بالخطر، والخوف الطبيعي المعقول مفيد للإنسان، فإذا كان الفرد منا لا يخاف النار؛ فقد تحرقه أو تقضي عليه، لكن هناك من

الخوف ما هو مَرَضي، بل إن من الخوف ما هو قاتل، فالخوف المبالَغ فيه والمتكرر لأي سبب يكون خوفاً غير طبيعي.

ان الخوف، حالة انفعالية طبيعية يشعر بها الإنسان وكل الكائنات الحية في بعض المواقف التي يهدده فيها نوع من الخطر، وقد تظهر هذه المخاوف بصورة واضحة في سن الثالثة من العمر، وتتراوح درجاتها بين الحذر، والهلع، والرعب.

من أين يأتي الخوف للأطفال؟ هناك بعض الأمور التي تسبب الخوف عند الطفل، ومنها:

1- تهديد الأبوين له وتخويفه باستمرار مما يعرضه لمخاوف كثيرة.

2- مشاهدة المناظر العنيفة أو المرعبة، واستماعه إلي القصص المخيفة، وهذا يبين خطورة قصص الجن والعفاريت، وكذلك أفلام الرعب والقصص البوليسية.

3- فقد الحب والرعاية، حيث تكثر مخاوف الأطفال من فقد أمه أو أبيه، أو فقد الأمن بهجر والده له، أو انفصال أمه عن أبيه، ومما سيقع عليه من أذى وكراهية وحرمان.

4- الخوف بالعدوى، فحالات الخوف كغيرها من الحالات الانفعالية تنتقل من فرد إلي آخر بالتأثير، فالكثير من الأمهات يظهرن الخوف والهلع أمام أطفالهن، مثل خوفهن من الحيوانات الأليفة، فينشأ أطفالهن على الخوف من هذه الحيوانات.

5- المبالغة في الخوف والقلق من الآباء علي الأبناء، فإذا رأي الصغير على وجه أمه الارتباك وشحوب اللون إذا جرح جرحاً صغيراً، أو وقع علي الأرض؛ فإنه سيصاب بالذعر والخوف، وبهذا ينشأ الطفل شديد الخوف علي نفسه.

- البيئة العائلية المليئة بالتهديدات والمشاجرات والخلافات، والتي تزعزع اطمئنان الطفل وتجعله ينشأ على الخوف.

وأكثر مخاوف الأطفال شيوعًا تكون من الأشياء المحسوسة؛ مثل الخوف من العسكري أو الطبيب، بينما المخاوف غير المحسوسة تكون أقل شيوعًا، مثل الخوف من الموت والعفاريت... إلخ.

وتلك أمور غالياً ما يكون السبب في نشوئها لدي الأطفال هم الآباء أنفسهم، ويخطأ الأب والأم عندما يُخَوِّفان الطفل من شيء بهدف الضحك والتسلية، فهذه قسوة لا نظير لها، فما أقبح أن يصرخ الطفل خوفاً، والأب والأم يضحكان من خوفه، ويمكن تقسيم الأولاد من حيث الخوف إلى:

(1) أطفال لا يخافون: هذا أمر نادر للغاية، ويرجع عادة لقلة الإدراك، مثل ضعاف العقل، أو الصغير الذي لا يفهم ما حوله، كالذي يمسك الثعبان جهلاً، أو سهواً، أو من عدم الانتباه.

(2) أطفال يخافون خوفاً عادياً: قد يكون الخوف شعوراً طبيعياً يحسه كل من الطفل والبالغ عندما يخاف مما يخاف منه أغلب من في سنه، كالخوف من حيوان مفترس.

(3) أطفال يخافون خوفا مَرَضِياً: هو خوف شاذ مبالغ فيه ومتكرر أو شبه دائم، مما لا يخيف أغلب من في سن الطفل، وقد يكون وهمياً (Phobia)...إلخ.

علامات الخوف

في سن الطفل الأولى، فزع علي ملامح الوجه وصراخ، وبعد السنة الثانية، صياح، وهروب، ورعشة، وتغيرات في ملامح الوجه، والكلام المتقطع، وقد يصحبه عرق وتبول لا إرادي، والتعرف على مدى تأثير الخوف عند الأطفال بمقارنته بدرجة مخاوف الآخرين:

1- كبح جماح الطفل في التعبير عن الخوف، والضغط عليه لضبط انفعالاته بالتخويف، يحول دون نموه وجدانياً نحو حياة غنية بالخبرات، ويؤدي به إلى الضحالة الانفعالية والانطواء.

2- مرحلة الحضانة والطفولة المبكرة مرحلة هامة لزرع الشعور بالأمن والطمأنينة.

3- الخوف من الظلام طبيعي لطفل الثالثة، أما إذا نتج عنه فزع شديد، وفقد الطفل اتزانه، كان خوفاً شاذاً في ضوء التقاليد السائدة.

4- دفع الطفل في المواقف التي تخيفه بهدف مساعدته للتغلب على الخوف لا يجدي معه، وقد يضره بشدة.

5- الطفل الأكثر ذكاءً في البداية يخاف من أشياء كثيرة، بسبب نمو مدركاته واستطلاعه لما حوله، ومع تقدم السن تقل هذه المخاوف غير المنطقية وهناك نوع من الخوف يطلق عليه اسم الفوبيا (Phobia)، وهذه الفوبيا لها عدة صور منها:

أ- الخوف من المجهول.

ب- الخوف من الفشل.

جـ- الخوف من الموت المرتبط بالتهديد.

وعموماً الخوف من الأشياء التي لا تمثل تهديدًا حقيقياً وفعلياً للإنسان في الحاضر.

الاشياء التي يخاف الأطفال

1- السنة الأولي: يخاف الطفل من الأصوات العالية الفجائية بصفة أساسية، ومن 2: 5 سنوات: تزداد تأثيرات الخوف بتعدد أنواعها، والطفل يخاف من الأماكن الغريبة الشاذة، ويخاف الوقوع من مكان مرتفع، ويخاف الغرباء، كما يخاف الحيوانات والطيور التي لم يألفها، ويخاف تكرار الخبرات المؤلمة كالعلاج والعمليات الجراحية مما يخاف منه الكبار في بيئته سواء كانت مخاوف واقعية أو وهمية أو خرافية، ويخاف الظلام، والدخان المتصاعد من النار، ويخاف الغول، ويخاف تصديق الأطفال للتهديدات المحيطة، مثل سأذبحك وسأصل الكهرباء إلي جسمك، العفريت ينتظرك في هذا المكان.

2- الخوف والثقة بالنفس: بعض الأطفال يعانون من الخوف مع معظم المواقف، وهؤلاء يعانون من ضعف الثقة بالنفس، وعدم الشعور بالأمن والطمأنينة، وقد يصاحبها ظهور مخاوف غير واقعية، وأعراض أخري كعدم القدرة على الكلام والتهتهة والانطواء والخجل والاكتئاب والتشاؤم وتوقع الخطر.

أسباب عدم الثقة بالنفس

(1) التربية الخاطئة في الطفولة الأولي، كالحماية الزائدة، أو التدليل الزائد.

(2) تكرار الفشل والإخفاق.

(3) النقد والزجر والتوبيخ والضرب.

(4) التنشئة الاعتمادية التي لا تدفع الطفل إلي التعرف بمفرده علي مواقف الحياة.

(5) تسلط الآباء وسيطرتهم.

(6) اضطراب الجو العائلي ومنازعات الوالدين.

(7) النقص الجسماني (عرج - حول - طول مفرط - قصر شديد - تشوه - سمنة مفرطة - انخفاض درجة الذكاء- والتأخر الدراسي).

(8) النشأة في بيئة تعاني من القلق النفسي والخوف وعدم الثقة.

(9) مقارنة الآباء بين طفل وآخر، بهدف التحفيز والتحميس، مما يأتي بنتائج عكسية.

الوقاية من الخوف

(1 عدم الإسراف في حثه على التدين والسلوك القويم بالتخويف من جهنم والشياطين، حتى لا يزيد شعوره بالضيق والخوف).

(3) تربية روح الاستقلال والاعتماد علي النفس في الطفل، بالتقدير، وعدم السخرية وعدم المقارنة.

(4) توفير جو عائلي هادئ ومستقر يشبع حاجاته النفسية.

(5) اتزان وهدوء سلوك الآباء (بلا هلع ولا فزع) في المواقف المختلفة، خاصة عند مرضه، أو إصابته بمكروه؛ لتفادي الإيحاء والتقليد والمشاركة.

(6) مساعدته على مواجهة مواقف الخوف، دون إجبار أو نقد، وتفهمه حقيقة الشيء الذي يخاف منه برقة وحنان.

(7) إبعاده عن مثيرات الخوف (المآتم- الروايات المخيفة- الخرافات- الجن والعفاريت... إلخ).

(8) إحاطة الطفل بجو من الدفء العاطفي والحنان والمحبة، مع الحزم المعتدل والمرن.

(2) إذا صادف الطفل ما يخيفه يجب علي الأم ألا تساعده علي النسيان، حتى لا تصبح مخاوف مدفونة، فبالتفهم والطمأنينة وإجابة الأسئلة التي تُحيِّرهُ يستطيع التخلص من مخاوفه.

(9) مساعدته على معرفة الحياة وتفهم ما يجهل، وبث الأمن والطمأنينة في نفسه.
(10) تنشئته على ممارسة الخبرات السارة، كي يعتاد التعامل بثقة وبلا خوف.
(11) عدم قلق الآباء على الأبناء، والتقليل من التحذير، وعدم المبالغة والاستهزاء والحماية الزائدة.

اما علاج الخوف، فهو:

(1) علاج مخاوف الوالدين وتحسين الجو المنزلي.
(2) العلاج النفسي بالكشف عن مخاوفه ودوافعها المكبوتة، وتصحيح مفاهيمه.
(3) العلاج الجماعي بتشجيعه على الاندماج مع الأطفال وتفاعله الاجتماعي السليم.
(4) إزالة خوف الطفل بربط ما يخيفه بانفعال سرور(تطبيق قاعدة الإشتراط تطبيقاً عكسياً).
(5) تعاون المدرسة مع الآباء في علاج الأطفال وعدم استعمال التخويف والضرب في المدرسة.
(6) على الأم أن تعلم ولدها دائما الخشية من الله -عز وجل- حتى يرق قلبه، وتصير التقوى صفة لازمة له، قال تعالي: ﴿ وَأَمَّا مَنْ خَافَ مَقَامَ رَبِّهِۦ وَنَهَى ٱلنَّفْسَ عَنِ ٱلْهَوَىٰ ﴿٤٠﴾ فَإِنَّ ٱلْجَنَّةَ هِىَ ٱلْمَأْوَىٰ ﴿٤١﴾ ﴾ [النازعات: 40- 41]، وقال: ﴿ وَلِمَنْ خَافَ مَقَامَ رَبِّهِۦ جَنَّتَانِ ﴾ [الرحمن: 46]، وتعلمه الخوف من المعاصي: ﴿ قُلْ إِنِّىٓ أَخَافُ إِنْ عَصَيْتُ رَبِّى عَذَابَ يَوْمٍ عَظِيمٍ ﴾ [الأنعام: 15]، ولكن عليها أن تحذر من الإسراف في تهديد طفلها من التخويف والتهديد بالعذاب والنار، وتدرك أن خوف الطفل من الله وحده يمنع عنه الخوف مما سواه.

التأخر الدراسي

ان التأخر الدراسي مشكلة تربوية اجتماعية يعاني منها التلاميذ، ويشقي بها الآباء في المنازل، والمعلمون في المدارس، وهي من أهم المشكلات التي تشغل المهتمين بالتربية والتعليم في العالم؛ لأنها تحدد إمكانيات الدول المادية والبشرية، ويتضح حجم المشكلة إذا عرفنا أن (20) تلميذاً من بين كل (100) تلميذ يعانون من هذه المشكلة.

ويقصد بالتأخر الدراسي قلة التحصيل الدراسي للطفل بالمقارنة بمستوي زملائه، فالطفل المتأخر دراسياً هو التلميذ الذي يكون مستوي تحصيله دون مستوي نظرائه، ممن هم في مثل سنه، أو يكون مستوي تحصيله أقل من مستوي ذكائه العام.

سمات وخصائص المتأخرين دراسياً

أولاً: السمات والخصائص العقلية:

- نقص الذكاء، ويكون أقل من المتوسط.
- عدم القدرة على التركيز والانتباه، وضعف الذاكرة.
- ضعف التفكير القائم على الاستنتاج، واضطراب الفهم.
- القدرة المحدودة علي التفكير الابتكاري والتحصيل.
- عدم القدرة على التفكير المجرد واستخدام الرموز.
- الفشل في الانتقال المنظم من فكرة إلى أخرى.
- التحصيل بصفة عامة دون المتوسط، وفي مواد خاصة ضعيف.

ثانياً: السمات والخصائص الجسمية:

- الإجهاد والتوتر والكسل.
- الحركات العصبية والتوتر.
- ضعف الصحة العامة.
- ضعف الحواس كالسمع والبصر والشم والتذوق.

ثانياً: السمات والخصائص الانفعالية:

- العاطفة المضطربة والقلق والخمول والبلادة.
- الاكتئاب وعدم الثبات الانفعالي.
- الشعور بالذنب والشعور بالنقص والفشل والعجز واليأس.
- الغيرة والحقد والخجل.
- الاستغراق في أحلام اليقظة وشرود الذهن والعدوان.

- الانسحاب من المواقف الاجتماعية والانطواء.

ثالثًا: السمات والخصائص الشخصية والاجتماعية:

- القدرة المحدودة في توجيه الذات، أو التكيف مع المواقف الجديدة أو المتغيرة.
- الانسحاب من المواقف الاجتماعية، ومن ثم الانطواء والعزلة والسلبية والانحراف.

أسباب التأخر الدراسي

هناك أسباب تتعلق بالتأخر الدراسي منها ما يتعلق بالطفل، ومنها ما يتعلق بالمدرسة أو المنزل، بالإضافة إلى وجود أسباب أخري مساعدة لهذه المشكلة:

أولاً: الأسباب التي تتعلق بالطفل:

(1) **أسباب عقلية**: ان المراد منها هو ضعف الذكاء العام للطفل، والذي يعد من أقوي الأسباب في التأخر الدراسي.

(2) **أسباب جسمية**: ان المراد منها هو اضطرابات النمو الجسمي، وضعف البنية والصحة العامة، والأمراض الطفيلية المزمنة، واضطرابات إفرازات الغدد، والعاهات الجسمية، كطول البصر وقصره وعمي الألوان، بالإضافة إلى حالات الاضطراب التي تصيب اللسان وأجهزة الكلام، مما يسبب صعوبة النطق.

(3) **أسباب انفعالية**: كشدة الحياء، والقلق وعدم الاستقرار.

ثانياً: الأسباب التي تتعلق بالمدرسة:

- الإدارة الدكتاتورية والتنظيم السيئ بالمدرسة.
- عدم الانتظام في الدراسة، وذلك بتكرار الغياب والتأخر.
- كثرة تنقلات المعلمين وعدم استقرارهم.
- سوء توزيع التلاميذ في الفصول وعدم مراعاة التناسق والتجانس أثناء توزيعهم.
- طريقة التدريس والمناهج التي لا تتمشى مع أهداف التربية الحديثة، وعدم إدراك الفروق الفردية بين التلاميذ.

ثالثاً: الأسباب التي تتعلق بالمنزل، ومنها:

1- المستوى الاقتصادي: الذي يلعب دوراً خطيراً في عملية التأخر الدراسي أو عدمه.

2- المستوي الثقافي كأن يكون الطفل مثلاً في بيئة لا تهتم بالتعليم، مع عدم توفر الجو المناسب له عند المذاكرة.

3- الجو المنزلي: ان المقصود منه كثرة المشاحنات والخلافات داخل الحياة المنزلية، أو استبداد الآباء والتفريق بين الأبناء في المعاملة، أو قسوة زوج الأم أو زوجة الأب، أو التدليل أو الإهمال، أو العقاب المستمر، أو الابتعاد عن غرس القيم الدينية.

ان كل هذا يسبب القلق والاضطرابات للطفل مما يؤثر علي حياته، ويكون نتيجة ذلك تأخره الدراسي.

رابعاً: العوامل المساعدة للتأخر الدراسي:

هناك بعض العوامل التي تسهم في تأخر الطفل دراسياً، وذلك:

كفقدان التوازن العاطفي، وانحطاط المستوى الثقافي في المنزل، وعدم المواظبة علي الحضور في المدرسة، والفقر المادي في المنزل.

كيفية علاج التأخر المدرسي

1- دور المدرسة:

للمدرسة دور كبير في التغلب علي مشكلة التغلب الدراسي، وذلك عن طريق:

- الا[illegible] بالفروق الفردية.
- محاولة تضييق الفجوة بين الدراسة النظرية وواقع المجتمعات.
- حذف المواد الدراسية التي لا تتناسب مع عقول الصغار وتصوراتهم.
- الاهتمام بالتوجيه التربوي والمزيد من الإعداد الجيد للمعلم.
- التقليل من عدد التلاميذ في الفصول ذات المستوي العلمي الضعيف مع زيادة عدد المعلمين.

- الاهتمام بالنواحي الاجتماعية وحل ما يواجه الأطفال الذين يعانون من التأخر الدراسي من مشكلات.
- الاهتمام بالمناهج الدراسية، وطرق التدريس، ووسائل الإيضاح التعليمية.
- الاهتمام بالنواحي الصحية للتلاميذ، وعمل فحوص دورية لهم.
- أن تهيئ المدرسة الجو المدرسي الصالح وفق حاجاتهم ورغباتهم وميولهم وزيادة ألوان النشاط المحبب إليهم.
- أن يسمح للأطفال بممارسة ألوان النشاط والحركة داخل الفصل، وبفناء المدرسة، وسط الهواء الطلق والشمس الساطعة في بعض الأوقات، مع تزويدهم ببعض الألعاب التعليمية الهادفة.
- يختلف علاج التأخر الدراسي باختلاف السبب، فإذا كان السبب ضعف حيوية الطفل فإنه يعرض علي طبيب المدرسة أو الوحدة العلاجية.

وإذا كان السبب هو ضعف البصر، يعرض علي الطبيب المختص، ويجلس الطفل قريبا من السبورة.

أما إذا كان التأخر بسبب انحرافات مزاجية وعوامل نفسية، فيستعان بالعيادات النفسية، ويفضل وجود مرشد وموجه نفسي في كل مدرسة يعاون المعلمين. وهناك حالات يكون سببها المعلم، نتيجة طريقته في التدريس، أو قسوته، أو الازدحام في الفصل، مما يؤدي إلي عدم استفادة الأطفال منه، لذلك عليه أن يطور من طرق تدريسه، وأن يفهم نفسيات ومشكلات التلاميذ، وأن يعد لكل منهم بطاقات تبين حالاتهم ومشاكلهم، ويبين العلاج الذي يناسبهم، وفي بعض الحالات يفضل عمل مجموعات دراسية لهؤلاء التلاميذ لتعويض ما فاتهم بسبب المرض أو الغياب.

2- دور الأسرة:

أما عن دور الأم والأسرة في علاج التأخر الدراسي فيجب مراعاة ما يلي:

- العمل علي تنمية ذكاء الطفل.
- الاهتمام بالطفل صحياً.

- الاهتمام بتغذيته جيداً.
- العمل على تخليص الطفل مما يعانيه من اضطرابات نفسية، وتصحيح علاقته بالمجتمع والناس من حوله.
- العمل على تنقية الجو الأسري الذي يعيش فيه من الخلافات والمشاحنات، وتنمية إحساسه بالأمان والاستقرار.
- متابعة الطفل من خلال زيارته بالمدرسة، والاطلاع على كتبه وكراساته، والوقوف علي مستواه الدراسي.
- العمل على ترغيب الطفل في المدرسة والدراسة.

العدوان:

العدوان قد يكون في إحدى صوره ضرورة لحياة الإنسان وبقائه، فهو بمثابة سلاح يدافع به عن نفسه ضد الطبيعة والأفراد.

والعدوان هو القيام بأفعال عدوانية نحو الآخرين، وما يعادلها من عداء معنوي، وهو محاولة تخريب ممتلكات الآخرين،كما أنه ضرب من السلوك الاجتماعي غير السوي، يهدف إلى تحقيق رغبة صاحبه في السيطرة.

فالعدوان سلوك مرضي موجه للإيذاء والإيلام وإلحاق الضرر، وإذا نظرنا إليه من الجانب الإيجابي نجده وسيلة لأن يثبت الطفل فيه ذاته، ويعتبر تعويضاً عن الإحباط الذي يعانيه الشخص المعتدي.

والعدوان يأخذ أشكالاً شتي، وتأثيره قد يكون سلبياً، وقد يكون إيجابياً، فالعدوان السلبي يكون موجها نحو الذات (نحو الطفل نفسه)، ويكون الطفل عندئذ عنيداً، وغير متعاون، بخلاف العدوان الإيجابي، فهو يتمثل في الاعتداء علي الآخرين أو تدمير ممتلكاتهم.

أما العدوان من حيث القوة، فقد يكون سافرًا أو مكبوتاً، فالسافر ينصب مباشرة على المنافس، ويتخذ أشكالاً متفاوتة الخطورة (كالاعتداء، والمشاجرة، وكلمات

التحقير... إلخ)، أما العدوان المكبوت فتختفي فيه النزعة العدوانية في اللاشعور، وقد يعبر عنها بأساليب غير مباشرة.

والعدوان من حيث شكل التعبير قد يكون مادياً، وقد يكون لفظيّا، فالمادي هو الاعتداء علي الآخرين باليد وما شابه ذلك، أو بتدمير ممتلكاتهم، أما العدوان اللفظي فيكون بتوجيه الألفاظ الخارجة، مثل السباب، والتهكم، والسخرية والمشاجرة. وتبدو ملامح هذه المشاجرة بين الأطفال عندما يقوم أحدهم بتعطيل أو تخريب لعبة زميله، أو السيطرة عليها، وهي تكثر بين الذكور، بينما تتسم مشاجرة الطفلة مع الطفلة بالشكل اللفظي والاعتراض الكلامي، وذلك لنمو قدرتها اللغوية في التعبير عن مشاعر غضبها وقلقها.

العوامل التي تسبب العدوان

هناك عوامل عديدة تؤدي إلي العدوان منها:

1- فقدان الشعور بالأمن نتيجة الحرمان والإحباط.

2- تهديد وامتهان الذات وفقدان الاعتبار.

3- المشكلات الأسرية.

4- التشوهات الخِلْقية.

5- الحماية الزائدة والتدليل الزائد.

6- ثورة وعصبية الأب لأتفه الأسباب.

7- غياب أو ندرة فرص التعبير.

8- غياب الحرية أو تقييدها.

9- غياب السلطة الضابطة أو اضطرابها.

10- تغير السلطة الضابطة أو تعددها.

11- تنمية البوادر العدوانية بإهمالها؛ أو التكاسل عن علاجها.

12- الكراهية الشديدة أو الغيرة.

13- التربية الخاطئة والتعليم المغلوط.

أساليب الكشف عن العدوان

يمكن التعرف علي الميول العدوانية عند الطفل من خلال الأساليب التالية:

1- ملاحظة الطفل أثناء لعبه بالعرائس والدمى، ومن خلال رسوماته.

2- من خلال القصص التي يقصها الطفل استجابة لسلسلة من الصور التي تعرض عليه.

3- صور التعبير عن العدوان وهي كثيرة منها ما يكون بالوجه، أو باليد، أو بالقدم، أو باللسان، أو بالتمرد والعصيان، أو بالعناد والتحدي، أو بالفشل في الدراسة، أو بالخيانة.

العوامل المؤثرة في السلوك العدواني

هناك عوامل كثيرة تؤثر في السلوك العدواني، منها: ما يعود إلي الطفل نفسه وذلك من خلال سنه، أو أصدقائه، أو ذكائه، أو تعليمه، أو مستواه المعيشي وتكوينه النفسي والاجتماعي، ومنها ما يعود إلي الأسرة من خلال عمل الوالدين وانشغالهما، بالإضافة إلي العلاقات الأسرية الهشة، ومنها عوامل خارجية كوسائل الإعلام المختلفة.

وقد يظهر العدوان إذا غابت الأم، وخاف الطفل، فيصيح ليعبر عن ذاته ووجوده، والطفل يكثر الكلام ليعلن عن وجوده، ويلفت النظر إليه، كما أن العدوان نوع من تحقيق القدرة وتأكيد الذات، وهي خاصية إنسانية يحتاج إليها الإنسان، وعدمها يعرضه للفشل في تحقيق وجوده وإمكانياته.

وقد يكون العدوان تدريباً للطفل ليكون مستعدًا في الوقت المناسب للدفاع عن بقائه ووجوده، وتأكيد ذاته، وقد يكون العدوان كنوع من المقاومة للحقيقة، مثل مقاومة الشخص لكشف حقيقة نزعاته ومواقفه السلبية، وتكون المقاومة في شكل عدواني سافر، وقد يرجع العدوان إلي الحاجة إلي الحرية، فالصغار يثورون طلباً للحرية، ويستخدمون في ذلك العناد والمخالفة ورفض الطعام والتخريب... إلخ.

كما يلاحظ أيضا أن مشاهدة الأطفال للعنف في وسائل الإعلام يؤثر بشكل كبير على سلوك الأطفال.

والطفل الذي يشعر بتقبل والديه له ينجح في التكيف مع بيئته، بخلاف الطفل الذي لا يشعر بتقبل والديه له، فإنه يميل إلي العدوانية، أي أن اتجاه التقبل الوالدي يرتبط بالعدوانية ارتباطًا سالباً، كما أن اتجاه التفرقة الوالدي يرتبط بالعدوانية ارتباطاً موجباً.

علاج مشكلة العدوان

ان على الأم معرفة الأسباب الحقيقية التي تؤدي إلى خلق السلوك العدواني لدى الأطفال، وعليها تعليمهم موقف الإسلام من هذا السلوك المرفوض، فالاسلام يحرم العدوان بجميع أشكاله، وليس أدل علي ذلك من قوله تعالي: ﴿ وَلَا تَعْتَدُوٓا۟ ۚ إِنَّ ٱللَّهَ لَا يُحِبُّ ٱلْمُعْتَدِينَ ﴾ [البقرة: 190]. كما حرم كل أشكال التعاون في هذا الأمر الأثيم، قال تعالي: ﴿ وَتَعَاوَنُوا۟ عَلَى ٱلْبِرِّ وَٱلتَّقْوَىٰ ۖ وَلَا تَعَاوَنُوا۟ عَلَى ٱلْإِثْمِ وَٱلْعُدْوَٰنِ ﴾ [المائدة: 2]، وعليها أن تعلم أولادها حب الآخرين، لقوله: (لا يؤمن أحدكم حتى يحب لأخيه ما يحب لنفسه) [متفق عليه]. وتدربهم على العطاء وتساعدهم على منح الهدايا، قال (تهادوا تحابوا) [أبو يعلي]، وغير ذلك من الأخلاق التي تضاد السلوك العدواني لدي الصغار وتبغضهم فيه:

1- الكذب:

الكذب داء خطير إذا استشرى في المجتمع، ترك أثراً مدمراً عليه، لذلك اعتبره الإسلام من صفات المنافقين، قال رسول الله: أربع من كن فيه كان منافقًا خالصاً، ومن كانت فيه خصلة منهن؛ كانت فيه خصلة من النفاق حتى يدعها، إذا ائتمن خان، وإذا حدّث كذب، وإذا عاهد غَدَر، وإذا خاصم فَجَر" [متفق عليه].

والطفل يتعلم الصدق من المحيطين به إذا كانوا يراعون الصدق في أقوالهم وأعمالهم ووعودهم، والطفل الذي يعيش في بيت يكثر فيه الكذب لا شك أنه يتعلمه بسهولة، خصوصاً إذا كان يتمتع بالقدرة الكلامية واللباقة وخصوبة الخيال؛ لأن الطفل

يقلد من حوله، فيتعود منذ طفولته على الكذب، والكذب سلوك مكتسب، وليس سلوكاً موروثاً، وهو عند الأطفال أنواع مختلفة تختلف باختلاف الأسباب الدافعة إليه، ومن هذه الأنواع:

أ- الكذب الخيالي:

ان الطفل الصغير لا يميز بين الحقيقة والخيال، ومن هنا فإن كلامه يكون قريباً من اللعب، فيتحدث وكأنه يلعب ويتسلى، ويكون حديثه نوعاً من التعبير عن أحلام طفولته أو ما يطلق عليه (أحلام اليقظة) التي تعبر عن رغباته، وأمنياته التي يصعب التعبير عنها في الواقع.

وهذا النوع من الخيال لا يعتبر كذباً، ولا ينذر بانحراف سلوكي أو اضطراب نفسي، وقد يلفق طفل عمره أربع سنوات قصة خيالية، حيث تختلط الأفكار عنده، فلا يفرق بين الصواب والخطأ، أو الحقيقة والخيال، هذه القصة يجب ألا ينظر إليها على أنها كذب مما نتعارف عليه، حيث إن خياله قادر على أن يجعل من الأوهام حقيقة واقعة.

ب- الكذب الادعائي:

قد يعاني الطفل من الشعور بالنقص مما يدفعه إلي محاولة التغلب على ذلك بالكذب، فيبالغ في حديثه عن الأشياء التي يملكها، وفي حديثه عن صفاته وصفات أفراد أسرته، وذلك قد يحقق له مكانة وقيمة وسط زملائه، مثال ذلك أن يدعي الطفل أن عنده لعبة كبيرة، ويأخذ في وصفها وحجمها بشيء من التهويل، كما أنه يلجأ إلي الادعاء والمباهاة بما يملك من اللعب، وهذا النوع من الكذب لا ضرر منه، وقد تراه الأم بشكل متكرر في حديث طفلها، كما يلجأ إليه لجذب انتباه الأم وأفراد الأسرة، فيدعي المرض، ليحصل علي درجة كافية من عطف أبويه.

ومن الأشكال الأخرى لهذا النوع من الكذب، أن تري الأم طفلها يتهم غيره بضربه وإيذائه، وهنا يجب علي الأم أن تسرع بمعالجة الأسباب النفسية التي أدت إليه.

جـ الكذب خوفًا من العقاب:

هذا أكثر أنواع الكذب انتشاراً، وقد يلجأ إليه الأطفال من وقت لآخر خوفاً من العقاب، فقد يكسر الطفل لعبة أخته بطريق الخطأ، فإذا ما سئل عن ذلك أنكر وقوع الحادثة بأكملها، ومن الخطأ في مثل هذه الحالات أن نقسو علي الطفل؛ لأن ذلك لن يحمله علي الاعتراف بأخطائه، أمّا إذا أردنا أن يعترف الطفل بأخطائه فيجب أن نساعده علي ذلك، فيمكن أن تقول له الأم مثلاً لقد كُسرت اللعبة، تري ماذا حدث لها؟ مثل هذه العبارة تساعد الطفل أن يعترف ببساطة: أنا كسرتها، إني آسف، وذلك بدلا من أن تخاطبه فتقول له عبارة أنت الذي كسرت هذه اللعبة، اعترف أيها الشقي، وعندما يعترف الطفل بقيامه بخطأ ما، فلا ينبغي أن يُعاقب عقابًا قاسياً، حتى لا ندفعهُ إلي الكذب في المرة القادمة.

د- كذب الانتقام والكراهية:

يكذب الطفل في هذه الحالة لإسقاط اللوم علي شخص ما يكرهه أو يغار منه، ويكون الكذب في هذه الحالة تنفيساً عن الكراهية المكبوتة في نفس الطفل ضد من يكرهه، مثلاً الطفل الذي يغار من أخيه غيرة شديدة، قد تدفعه الغيرة إلى تصور أن ضرراً كبيراً قد حدث لأخيه لمجرد أنّه وقع، وهو يجري مثلاً، عندئذ قد يجري إلى أمه وهو يحمل إليها قصة خيالية، بأن أخيه قد جرح جرحاً شديداً وسال دمه وأُغمي عليه.

وعندما تكتشف الأم مثل هذه المبالغات، فلا تُعاقب الطفل أو تصفه بالكذب، بل يكفي أن تقول له: أنت تخشي عليه إلي هذه الدرجة؟ الحمد لله أنه لم يصب بالشكل الذي وصفته، إنه مجرد جرح بسيط، والآن ساعدني علي تنظيف مكان الإصابة وتطهيره، وهذا النوع من الكذب خطر علي الصحة النفسية للطفل، وقد يكون أحد أعراض حالة نفسية مرضية.

هـ الكذب التقليدي:

يتعلم الأطفال الكثير من الأشياء عن طريق ملاحظتهم للكبار وخاصة الوالدين، فالقدوة وسيلة تربوية مؤثرة، وعلى الأم ألا تكذب علي أطفالها بحجة إسكاتهم عن البكاء، ولقد حذر الرسول المربين من الكذب أمام أطفالهم ولو بقصد الإلهاء أو

الترغيب، فعن عبد الله بن عامر -رضي الله عنه- قال دعتني أمي يوماً، ورسول الله (قاعد في بيتنا، فقالت: ها تعال أعطيك، فقال لها رسول الله)، وما أردت أن تعطيه؟ قالت أعطيه تمراً، فقال لها رسول الله: (أما إنك لو لم تعطيه شيئاً كُتبت عليك كذبة) [أبو داود].

وكثيراً ما يخدع الآباء الأطفال فيكذبون عليهم في كثير من الأمور، ومن ثم يقلد الأطفال الآباء، ويلجئون إلي نفس السلوك في حياتهم، مثال ذلك أن تَعِد الأم الطفل بأنها ستأخذه ليزور أخواله ثم يخرج معها، فيفاجأ بأنها ذهبت إلى الطبيب، أو أن يأتي شخص ما ليسأل عن الوالد فتقول الأم بأنه غير موجود، بينما هو جالس أمام طفله ولذا يعرف (بالكذب الإيحائي).

و- الكذب المزمن:

هنا يندفع الطفل إليه بطريقة غير شعورية، ويكون الكذب عادة تلازمه في أغلب مواقفه.

والطفل الذي يلجأ إلي هذا النوع من الكذب غالباً ما يكون فاشلاً في حياته المدرسية، يعاني من عدم القبول من الأسرة والزملاء، لاتصافه بالكذب، ورغبة منه في تحقيق ذاته وسد الشعور بالنقص الذي يعاني منه، فقد يلجأ إلى السرقة، لتحقيق نوعا من النجاح.

كيفية علاج الكذب

إذا أردنا أن نعالج كذب الأطفال، فيجب دراسة كل حالة على حدة، ومعرفة الدافع إلى الكذب، ومن الأهمية أن يكون عُمر الطفل موضوعا في الاعتبار، فإذا كان عمره أقل من أربع سنوات، فعلي الأم ألا تنزعج، مما يصوره له خياله، وتسارع إلى مساعدته ليدرك الفرق بين الواقع والخيال، ويجب على الأم أن تكون قدوة يحتذي بها الطفل، فلا تقول إلا الصدق، ولا تكذب عليه حتى لا يتعلم الكذب فيكون كذاباً، ويجب أن تدرك الأم أنه لا فائدة من علاج الكذب بالتهديد والسخرية والعقاب؛ لأن ذلك لن يجدي مع الطفل، ولن يمنعه من الكذب، بل إن الطفل سيعاند ويستمر في كذبه. وعلى الأم وأفراد الأسرة إشباع حاجات الطفل النفسية، وتبصرته بأهمية الأمانة

والصدق فيما نقوله ونفعله، ونشجعه على ذلك، وعلى الأم قبل أي شيء خلق جو من الطمأنينة والثقة بينها وبين طفلها، وأن تشجعه على الصدق، بل وتكافئه على ذلك، ولا شك أن الكذب لا يمكن أن يتسلل إلى أسرة تتسم كلها بالصدق، والخطر كل الخطر أن يقوم الكبار بصفة مستمرة، ويومياً بقول الأكاذيب على مسمع من الأطفال. وعلى الأم أن تراعي بعض الأمور التي تساعدها في غرس قيمة الصدق عند طفلها، فمثلاً عليها ألا تأمر طفلها بإخفاء شيء ما عن أبيه؛ بحجة أن الأب عصبي، وأن عقابه سيكون شديداً، ألا تعوِّ د ابنها علي الكذب، كأن تقول له: إذا اتصلت السيدة فلانة بي، فقل لها أنا لست موجودة، فليس لدي الوقت لمحادثتها، ألا تُعلِّم طفلها الكذب على مدرسيه، كأن تصحبه لنزهة، وتطلب منه أن يخبر المدرس أنه كان مريضاً.

اضطرابات النوم

تعتبر حاجة الطفل إلي النوم حاجة طبيعية؛ ففي الشهر الأول ينام الطفل عشرين ساعة تقريبًا، ثم ينخفض ما يحتاجه من ساعات النوم، فتصل إلي (16) ساعة أو أقل في نهاية الشهور الستة الأولي، ثم تنقص تدريجيًا إلى (12) ساعة في سن الرابعة، وإلى ما يقرب من تسع أو عشر ساعات في دور المراهقة ثم إلي ما يقرب من ثماني ساعات فيما بعد.

ويتوقف عدد ساعات النوم عند الإنسان على حالته الجسمية من حيث الصحة العامة والتغذية، وحالته النفسية من حيث الهدوء والاضطراب، وكذلك الظروف التي ينام فيها الفرد من تهوية ورطوبة شديدة، وما إلى ذلك، وفي أحياناً كثيرة يضطرب نوم الطفل ويقل، ومن مظاهر قلة النوم الانقباض، ونوبات الغضب، والكسل، وضعف القدرة على التركيز، وانعدام الاستقرار، وفقدان التوازن الحركي، وازدياد الحالات العصبية لدى الأطفال في الأيام التي لا ينامون فيها نوماً كافياً؛ كالتهتهة، ومص الأصابع، وقرض الأظافر.

أسباب عدم النوم عند الأطفال

1- أسباب غير مرضية: تشمل وجود حشرات بالغرفة، كالبعوض والبراغيث، أو إضاءة الغرفة بنور وهّاج ينبه أعصاب الطفل، فيمنع نومه، أو يكون الغطاء ثقيلا في الصيف أو خفيفاً في الشتاء، أو أن تكون الملابس ضاغطة علي جسم الطفل، وخصوصاً حزام البطن واللفة، أو أن يكون الطفل جوعان، أو أن يكون قد تبول أو تبرز، ولم يتم تغيير ملابسه.

2- أسباب انفعالية: كفقدان الطفل للشعور بالأمن، أو اختفاء شخص عزيز عليه، أو إجبار الطفل على النوم، والإسراع في قطع حالات سرور الطفل إذا حانت ساعة النوم.

3- أسباب مرضية: كسوء الهضم أو الإمساك أو الإفراط في الأكل قبل النوم، أو اضطراب الغدة الدرقية أو وجود ديدان.

وهناك مشكلات أخرى عديدة تتعلق بنوم الطفل، ومن أبرزها:

1- نقص قدرة الطفل علي الانتقال من حالة اليقظة إلى حالة النوم إلا بمساعدة خارجية، كأن تحمله الأم علي كتفها، أو تهزه، أو تنام بجانبه، حتى يستسلم للنوم، أو أن يضع الطفل أصابعه في فمه.

2- إقلاق الطفل أثناء نومه لأسباب تافهة كمداعبته، أو لكي يراه الضيوف.

3- كثرة طلبات الطفل عند النوم كالأكل، أو اللعب، أو التدليل.

الأم وعلاج اضطرابات النوم

1- أن تتجنب جعل النوم نوعًا من العقاب، فالتهديد بالنوم مبكراً يخلق مشاعر سلبية لدي الطفل.

2- أن يكون موقف الأم نحو نوم الطفل موقفًا طبيعيًا هادئًا.

3- أن لا تقلق ولا تتوتر إذا رفض الطفل الذهاب إلي النوم.

4- أن تراعي حالة الطفل قبل نومه؛ فيكون هادئاً مسروراً، وليس من الحكمة مفاجأة الطفل بمنعه من اللعب ثم إرساله إلى النوم، بل يحسن إنذار الطفل وإعطاؤه مهلة كافية لذلك.

5- أن تلتزم بنظام معين للنوم، حتى يعتاد الطفل عليه.

6- أن تحرص على أن يتعود الطفل في سرير مستقل، وبصفة عامة يجب ألا ينام الطفل في غرفة والديه بعد عمر السنة والنصف، لأن ذلك قد يسبب له حالة من الاضطراب النفسي.

7- أن تحرص على قراءة قصة لطفلها قبل النوم، وأن تكون القصة خفيفة وأحداثها هادئة، وبعيدة كل البعد عن الإثارة والخوف، بحيث تساعد الطفل علي الاستسلام للنوم.

8- أن تستوثق من أن الطفل لا يعاني من أية صعوبات في الهضم أو أصيب بأية حالة مرضية.

9- عدم تخويف الطفل لإجباره على النوم أو لمواصلة النوم إذا استيقظ ليلاً، حيث نجد بعض الأمهات يخوفن أطفالهن في هذا الصدد بالعفاريت أو القطط أو غير ذلك.

التبول اللاإرادي

حيث يقلق كثير من الأمهات عندما يجدن أولادهن قد تجاوزوا الرابعة ولا يستطيعون السيطرة علي عملية التبول، ويستطيع الطفل التحكم في عملية التبول النهاري في الشهر الثامن عشر، أما التحكم في عملية التبول الليلي فيستطيع الطفل السيطرة عليها عادة في المدة التي تقع بين منتصف العام الثالث ونهايته (2.5- 3 سنوات)، وتعتبر عملية التبول اللاإرادي عند الطفل شيئاً طبيعياً حتى سن الثالثة من عمره، وعندما يتجاوز الطفل هذه السن فإنها تصبح مشكلة يجب معالجتها.

أسباب التبول اللاإرادي

هي أسباب عضوية، وأسباب نفسية:

1- **الأسباب العضوية، ومنها:**

- الإمساك المزمن وسوء الهضم.
- أمراض الجهاز البولي: مثل التهاب المثانة البولية، أو التهاب قناة مجري البول الخارجية.
- تضخم اللوزتين ووجود زوائد خلف الأنف.
- الضعف العقلي أو البله الشديد عند الطفل.
- اضطراب الجهاز العصبي أو حساسيته.
- نقص كمية السوائل بالجسم، مما يؤدي إلي تركيز البول وارتفاع نسبة الحموضة فيه.

2- **الأسباب النفسية، ومنها:**

- عدم إحساس الطفل بالأمن بسبب معاملته في البيت أو المدرسة، أو نتيجة لظروف بيئية مضطربة يعيشها الطفل، أو إحساسه بالخوف من الحيوانات، أو من الحكايات والقصص المزعجة.
- شعور الطفل بالغيرة الشديدة، فيلجأ إلى هذه العملية كوسيلة لجذب الانتباه.
- القسوة الشديدة في معاملة الطفل.
- حرمان الطفل من العطف والحنان، فيجعل من التبول حيلة لا شعورية تساعده على تحقيق ما تعوده من الأم من الاهتمام الشديد بجميع طلباته.
- تقصير الأمهات في إكساب أطفالهن العادات الحسنة، وإبعادهم عن العادات السيئة، وعدم اكتراثهن بالتبول اللاإرادي للطفل.

علاج التبول اللاإرادي:

- يمكن علاج التبول اللاإرادي ببعض الأمور، منها:
- فحص الطفل فحصًا طبيًا شاملا، فإذا كان السبب عضويًا، فيجب علاجه علي الفور.

- استبعاد السوائل من طعام الطفل في المساء، ومنع الأطعمة كثيرة التوابل.
- تدريب الطفل علي العادات السليمة وكيفية التحكم في عملية التبول.
- عدم توبيخ الطفل أو السخرية منه أمام أقرانه وزملائه، لأن ذلك يسبب للطفل إحباطاً نفسياً، وألا تلجأ الأم والمربي في المنزل والمعلم في المدرسة إلى أي عقاب أو تقريع أدبي، بل يجب ألا نجعل الطفل يشعر بأن ما يفعله جريمة أو غلطة كبيرة، لأن ذلك سوف يؤدي إلى تدهور حالته.
- أن تقوم الأمهات بجولات تفتيشية خلال الليل حتى يستطعن الوقوف على الميعاد الذي يقع فيه التبول، فإذا وقفن علي الميعاد، وجب عليهن أن يوقظن الطفل، وينبهنه للذهاب إلي دورة المياه.
- تشجيع الطفل بكافة الوسائل علي الامتناع عن التبول اللاإرادي.

وعموماً علي الأمهات أن يسرعن بمعالجة التبول اللاإرادي؛ لأن هناك مشكلات أخري تتعلق به، وتصاحبه العديد من الأعراض النفسية والتي تنتج عن الشعور بالنقص وضعف الثقة بالنفس، وهذه الأعراض تظهر بصور مختلفة منها، الفشل الدراسي، والخجل، والشعور بالمذلة، والميل إلى الانزواء، أو التهتهة، أو أن تكون الأعراض تعويضية، كالعناد والتخريب، والميل إلي الانتقام، وكثرة النقد، وسرعة الغضب، كما يصاحب التبول اللاإرادي في كثير من الحالات: النوم المضطرب أو الأحلام المزعجة، أو الفزع الليلي.

مشكلات الكلام

من الأشياء التي تؤرق الأم أمراض الكلام التي قد تصيب طفلها، والتي يمكن أن تؤثر على شخصيته وتهدد مستقبله، ومن أهم أمراض الكلام عند الأطفال:

- عيوب طلاقة اللسان والتعبير، مثل اللجلجة والتهتهة.
- تأخر الطفل في الكلام وقلة عدد الكلمات التي ينطق بها.
- الحبسة (أي احتباس الكلام)، وعدم القدرة علي التكلم.

- الكلام الطفولي والكلام التشنجي.
- الإبدال، مثل الثأثأة، والعيوب الصوتية.
- السرعة الزائدة في الكلام، وما يصاحبها من إدغام وخلط وحذف.
- عيوب النطق والكلام، مثل الخمخمة (الخنف) كنتيجة لتشوه خلقي في سقف الحلق.
- الفقدان الهستيري للصوت وفقدان القدرة على الكلام نتيجة الخوف من بعض المواقف الصعبة.

وهذه الأعراض كلها قد يصاحبها أعراض حركية، مثل تحريك الكتفين أو اليدين أو الضغط بالقدمين على الأرض وارتعاش رموش العينين والجفون، وإخراج اللسان والميل بالرأس إلي الأمام أو إلى أي اتجاه، كما قد يصاحبها الأعراض النفسية، مثل القلق وعدم الثقة في النفس والخجل والانطواء وسوء التوافق.

وهناك مجموعة من العوامل تمهد لظهور صعوبات النطق بعضها عضوي، وبعضها نفسي، وبعضها يرجع إلى الوراثة، وبعضها يرجع إلى التقليد والبيئة:

أولاً: الأسباب العضوية:

1- اضطراب الأعصاب المتحكمة في الكلام.
2- إصابة المراكز الكلامية في المخ بتلف أو نزيف أو ورم.
3- اختلال الجهاز العصبي المركزي المتحكم في عملية الكلام.
4- عيوب الجهاز الكلامي (الحنك واللسان والأسنان والشفتين والفكين).
5- عيوب الجهاز السمعي حيث تجعل الطفل عاجزاً عن التقاط الأصوات الصحيحة للكلمات، مما يؤثر بالتالي على طريقة نطقها فيما بعد.

ثانيًا: الأسباب النفسية:

هي من أكثر العوامل التي تسبب مشكلات الكلام، وتتركز في:

1- قلق الآباء علي قدرة الطفل علي الكلام.
2- التوتر النفسي المصاحب للقلق وعدم الشعور بالأمن والطمأنينة.
3- الصراع، والقلق، والخوف المكبوت، والصدمات الانفعالية.

4- الشعور بالنقص وعدم الكفاءة.

5- الرعاية الزائدة أو التدليل الزائد.

6- المبالغة في حرمان الطفل من الحنان وجوعه العاطفي يؤديان إلى النتيجة نفسها.

ثالثاً: الأسباب البيئية:

ترجع عيوب النطق إلي ظروف بيئية، مثل:

1- تقليد الطفل للكلام المضطرب والنطق غير السليم من قبل الآباء والأمهات.

2- تأخر نمو الطفل بصفة عامة أو ضعفه عقليا.

3- تعدد اللغات التي يتعلمها الطفل في وقت واحد.

4- الكسل والاعتماد الزائد على الآخرين.

5- المشاكل العائلية وتصدع الأسرة.

6- سوء التوافق المدرسي أو الاجتماعي.

7- التغير المفاجئ في بيئة الطفل؛ كولادة أخ له، أو الالتحاق برياض الأطفال.

أمراض الكلام.

1) **اللجلجة**: هي من العيوب الكلامية الشائعة عند الأطفال والكبار على السواء، وأسبابها معقدة، ولكن يعد الشعور بالقلق النفسي من أكثر العوامل التي تؤدي إلي ظهور هذا العيب، فالطفل القلق نفسيا يكون متوتراً في المواقف المختلفة، ولذلك قد يتلعثم ويتلكأ في إخراج الكلام بالصورة التامة المطلوبة، وذلك كنتيجة لشدة تخوفه من المواقف التي يخشى مواجهتها.

2) **اللثغ (التكلم بأسلوب غير ناضج)**: قد يستمر الطفل في التكلم بأسلوب طفولي كنوع من المحاكاة في تقليد أخيه أو أمه، وكذلك قد تحدث هذه الظاهرة عندما يفقد الطفل أسنان الفك قبل ظهور الأسنان الدائمة.

وهذا العيب أكثر العيوب انتشاراً في أطفال ما قبل المدرسة، وغالبية الحالات التي تعاني من اللثغ ترجع إلـي أن الكبار ينطقون الكلمات أمام أطفالهم

بصورة غير سليمة على سبيل المداعبة، فيواصل الطفل الكلام بهذه الطريقة الطفولية، معتقداً أن يلقي استحساناً من الآخرين، لأنه خفيف الظل.

ولما كان الأطفال الذين يظهر لديهم هذا العيب يتعرضون إلي قدر كبير من السخرية، فإن من يعانون منه لأسباب غير عضوية يتغلبون عليه مبكرا قبل دخول المدرسة، أما اللثغ المستمر وعدم المقدرة علي نطق حروف الكلمات بصورة صحيحة، فقد يكون نتيجة للإصابة بصمم جزئي، أو خطأ خلقِي، وإذا حدث ذلك فإن الطفل يصبح في حاجة للعلاج الطبي قبل بدء حياته.

3) **العي**: التي يعجز فيها الطفل عن النطق بأول كلمة، والسبب يرجع إلى توتر العضلات الصوتية وجمودها، والطفل يبذل مجهوداً كبيراً حتى يتمكن من نطق أول كلمة في الجملة، لكنه بعد أن يتمكن من ذلك يندفع في كلامه، كالسيل حتى تنتهي الجملة، ثم يعود إلي نفس الصعوبة عند بدء الجملة الثانية، وأغلب حالات العي سببها نفسي، وإن كان بعضها تصاحبه أمراض جسمية، كاضطرابات الجهاز التنفسي، أو تضخم اللوزتين وغير ذلك.

وتبدأ الحالة في البداية على شكل لجلجة وحركات ارتعاشية متكررة تدل على معاناة الطفل من اضطرابات انفعالية واضحة، والطفل الذي يصاب بالعي تظهر عليه المعاناة والضغط على الشفتين وتحريك الكفين أو اليدين أو الضغط بالقدمين على الأرض أو التحرك يمينًا ويساراً، أو القيام بحركات هستيرية في رموش وجفون العينين.

4) **مضغ الكلام**: يرجع لقلة نشاط الشفتين أو اللسان أو الفك لسبب أو لآخر، فقد يكون السبب عضوياً، كعدم نضج وتطور جهاز النطق، أو شلل في أعضاء الصوت أو بعض العضلات خاصة عضلات اللسان.

وقد يرجع هذا العيب لأسباب انفعالية حيث يندفع الطفل في نطق الكلمات بدون وضوح.

5) **عدم الترتيب والتشوش**: ذلك بأن يكون كلام الطفل سريعًا مشوشًا وغير مرتب، وكثيراً ما يخلط بينه وبين التهتهة، والفرق بينهما أن هذا العيب يمكن التغلب عليه إذا انتبه الطفل لكلامه، وكان يقظًا لما يقول، أما التهتهة فإن الطفل تسوء حالته أكثر إذا اهتم الطفل بكلامه، ويوجد هذا العيب أساساً لدي الأطفال الذين تأخر تطورهم اللغوي.

العلاج

ينبغي على الأم أن تبحث عن السبب وراء اضطرابات النطق عند الطفل، وعليها أن تتحلى بالصبر، وتتخلى عن القلق، فإن هي تعجلت شفاء طفلها، فإن المرض قد يستمر طويلاً، أو قد يفشل العلاج.

وفي البداية عليها أن تتأكد من أن طفلها لا يعاني من أمراض عضوية، وذلك بأن تذهب به إلى طبيب متخصص ليقوم بفحص الطفل، وتصحيح ما قد يوجد من خلل في الجهاز العصبي، وجهاز الكلام والجهاز السمعي، وكل النواحي العضوية التي تتصل بإخراج الصوت.

كذلك فحص الطفل نفسياً، أو العلاج النفسي للكشف عن الصراعات الانفعالية، وإعادة الاتزان الانفعالي والعاطفي للطفل، وتقليل اتجاه الخجل والارتباك والانسحاب عنده، والتي تؤثر علي شخصيته، وتزيد من أخطائه واضطراباته الكلامية. وإحاطة الطفل بجو من الدفء العاطفي والمحبة وتحقيق أمن الطفل بكافة الوسائل، والعلاج الجماعي، والعلاج باللعب وتشجيع النشاط الجسمي والعقلي، وعلاج الطفل عن طريق الاسترخاء الكلامي والتمرينات الإيقاعية في الكلام والتدرج من الكلمات والمواقف السهلة إلي الصعبة، وتدريب اللسان والشفتين والحلق، وتمرينات البلع؛ وذلك لتقوية عضلات الجهاز الكلامي، وتمرينات التنفس، وبصفة عامة تدريب الطفل المريض لتقوية عضلات النطق والجهاز الكلامي.

أسئلة الأطفال الحرجة

فجأة وبدون سابق إنذار، قد يأتي الطفل إلي أمه ليسألها: أين الله؟ ما هو الموت؟ من أين جئت؟، وأسئلة كثيرة قد يصعب علي الأم الإجابة عنها بشكل مناسب، وقد تعتبر الأم أن مثل هذه الأسئلة غير هامة، وتتهرب من الإجابة عنها أو تجيب بكلام مبهم لا يمت للحقيقة بصلة، وهذا خطأ كبير؛ فالطفل من حقه أن يعرف ويسأل، وإذا لم يعرف الإجابة سوف يشعر بالحيرة والقلق والتوتر النفسي، بل والخوف أحيانًا. وتخطئ الأم إذا لجأت إلى الصمت تجاه أسئلة طفلها، لأن الطفل سيحاول معرفة الإجابة من زملائه، أو بأي أسلوب آخر، مما قد يضره نفسياً، ويضلله علمياً، بالإضافة إلي أنه سوف يشعر بالذنب، مما قد يؤدي لانطوائه عن الحياة الاجتماعية.

أسباب أسئلة الأطفال الحرجة ودوافعها

تكثر أسئلة الطفل في السنوات الأولى من عمره من سن عامين إلى خمسة أعوام بسبب مخاوفه، وعدم وجود خبرة سابقة مباشرة، ومن الأسباب العديدة لأسئلة الطفل:

(1) الخوف والقلق: فالأطفال يسألون كثيرًا عما يخافون منه؛ طلبًا للشعور بالأمن والطمأنينة من خطر المجهول، فهم يخافون حتى ولو لم يهاجمهم في حياتهم حيوان ما كالكلب أو الذئب أو خلافه، وهم يخافون اللصوص والمجرمين والمتسولين.

(2) حب الاستطلاع: فهو يجهل ما حوله وما يحدث، ويريد أن يعرفه.

(3) الاستحواذ على الانتباه، والحصول علي الاهتمام.

(4) المقاومة والتمرد علي الكبار، أو السخط علي سلطة الأب والأم أو غيرهما.

(5) ممارسة اللغة والمباهاة بها، لإدراكه أنه أصبح يتقن لغة الكلام والمخاطبة والتفاهم.

كما ان تصرفات الأم تجاه أسئلة أطفالها، وتأخذ صوراً متعددة منها:

(1) الإجابة الصحيحة وبشكل علمي.

(2) تجاهل الأمر، وتغيير موضوع الحديث.

(3) الإجابة بردود غير مقنعة وغير صحيحة، أو بإجابات عشوائية.

(4) التهرب من الإجابة بالصمت.

وتصرف الأم الصحيح تجاه أسئلة طفلها أن تهتم بتساؤلاته، وأن تجيبه بإجابة مناسبة، وأن تكون الإجابات محددة، مبسطة، قصيرة، وبطريقة ذكية لا تتطلب التدقيق والتفاصيل، ولا تثير لدي الطفل أسئلة أخرى، وأن تكون مناسبة مع مداركه ومزاجه الشخصي.

وترجع أهمية إجابة الأم عن أسئلة طفلها إلى:

(1) زيادة الثقة بالنفس، وتحقق الهدف الذي سأل من أجله.

(2) مُساعدته علي النمو نفسيّاً بشكل سوي، وعلى التكيف الاجتماعي.

(3) تنمية مقدرته اللغوية.

(4) إكسابه الأخذ والعطاء.

(5) تعليمه الإصغاء والاستماع.

(6) استمتاعه بمشاركة والديه وجدانياً.

وعلى الأم والأب أن يعلما أنه من الأفضل أن يتعلم طفلهما من خلال أسئلته ما يتعلق بالتربية الجنسية السليمة، بدلاً من تلقيه بعض المعلومات الخاطئة غير الصحيحة من أصدقاء السوء أو من مصادر أخرى مشبوهة.

وإذا وجه الطفل أسئلة لا تعرف الأم الإجابة عنها، فيُمكنها أن تقول له هذا سؤال جيد، ولكن لا أستطيع الإجابة عنه، فسوف نسأل والدك أو نبحث عن الإجابة في أحد الكتب، وعندما تشجع الأم طفلها علي توجيه الأسئلة، وتعطيه إجابات وافية، تجعله سعيداً سوياً، ويشعر أنه ذو قيمة عند أبويه، وأن له شأناً، وأن لديهما ما يحتاج إليه وما يفيده.

ومن حق الطفل على المحيطين به الإجابة عن كل تساؤلاته، وذلك لأنه فطر على حب الاستطلاع لمعرفة ما يدور حوله، وهذه المعرفة التي يحصل عليها تدفعه لمعرفة ذاته، ومعرفة الكون المحيط به، وإلى المعرفة الحقيقية بالإله الخالق، فمتي عرف الولد ربه، استطاع أن يعبده حق عبادته.

وقد أودع الله روح البحث والتساؤل في الإنسان منذ بداية حياته، غير أن معظم المربين (آباء وأمهات وغيرهم) يرتكبون أخطر الأخطاء حينما يقتلون هذه الروح، وذلك عندما يتجاهلون تساؤلات الأطفال واستفساراتهم، بل يضيقون ذرعاً بها وبهم، فيهربون من الإجابة عن تساؤلاتهم، ويصدونهم بطريقة خاطئة، وقد يكون من المفيد أيضاً أن لا تنتظر الأم حتى يسألها ولدها، بل عليها أن تبدأه هي بالتعليم والإرشاد، وتوجيهه إلى ما يجهله، وما يجب عليه معرفته، مراعية في ذلك سنه وقدراته، وقد يصير هذا الأمر واجباً عليها إذا أحست أن ابنها لا يسأل، ولا يحب أن يعرف، فإن سلوكها هذا سيلفت نظره إلى ضرورة المعرفة واستكشاف العالم من حوله.

ظاهرة السرقة

يحكي أن قاضياً في إحدى المحاكم الشرعية حاكم لصاً، وبعد المداولة أعلن حكمه بقطع يده، فقال اللص، (قبل أن تقطعوا يدي اقطعوا لسان أمي). لماذا قال اللص ذلك؟، لأنه عندما سرق بيضة من جيرانه، ذهب بها إلي أمه، فلم تغضب، ولم تعترض، ولم تنصحه بإعادتها إلي الجيران، بل فرحت به وبما فعله. وصدق اللص حين قال: لولا لسان أمي الذي زغرد للجريمة لما كنت في المجتمع سارقاً، فالأم مسئوليتها خطيرة، وعليها أن تنشِّئ طفلها علي مراقبة الله والخشية منه، وأن تعوده الأمانة، وأن يحافظ علي حقوق الآخرين.

ويهمل كثير من الآباء والأمهات التميز بين ما يملكه الطفل ومالا يملكه، فيتركونه بلا ملكية محددة، فلا يشعر الطفل أنه يملك شيئًا، حيث إن أبويه يشتريان له ولإخوته دون تمييز علي أساس أن هذا يفيد في تعليم التعاون، لكن ذلك قد يؤدي إلي أن الطفل لا يفصل بين ممتلكاته وممتلكات غيره، ويستمر ذلك معه في كبره.

أسباب السرقة ودوافعها ان للسرقة لها دوافع، ومعرفة الدافع وتحديده بدقة ضرورة؛ لأنها طريق العلاج، وهذه الدوافع كثيرة، ومنها:

1- الانتقام: قد يسرق الطفل لأن والده يعامله بقسوة، فيغيظه أو يضايقه باللجوء إلى السرقة.

2- الجهل وعدم الإدراك الكافي: الطفل قد يسرق قلماً من أخيه أو زميله؛ لأنه لا يدرك معني الملكية واحترام خصوصيات الآخرين، وذلك لنقص إدراكه، وعدم تمييزه بين ما له وما ليس له.

3- إثبات الذات: فالطفل الذي ينتمي إلى طبقة اجتماعية متوسطة، ويخالط أقراناً من طبقات اجتماعية عليا، قد يلجأ إلى السرقة، ليثبت لهم أنه في مستواهم.

4- نشأته الإجرامية: قد ينشأ الطفل في بيئة إجرامية تعوده على السرقة والإعتداء على ملكية الغير، قال الشاعر، وينشأ ناشيء الفتيان منا، على ما كان عوَّده أبوه

5- انخفاض الذكاء: قد يكون سبب السرقة الضعف العقلي أو انخفاض الذكاء، والوقوع تحت سيطرة أولادٍ يفوقونه ذكاءً فيوجهونه إلى السرقة.

6- التدليل الزائد: الطفل الذي تعود أن تلبي كل رغباته، ولا يطيق أن يقف أمامه ما يحول دون تنفيذ ما يريده، ثم يفاجأ بامتناع والده عما يطلبه من رغبات يلجأ إلى السرقة.

7- الرغبة في الحصول على مركز مرموق: قد يسرق الطفل للتفاخر بما لديه من حاجيات ليست عند أحد من رفاقه، أو يعطي زملاءه؛ ليكون مقبولا لديهم.

8- التخلص من مأزق معين: فقد يفقد الطفل النقود التي أعطاها له والده ليشتري بها شيئًا ما، ويخاف من العقاب، فيهديه تفكيره للسرقة.

9- الحرمان: فقد يسرق الطفل لأنه محروم من المتطلبات الضرورية للمعيشة، كأن يسرق الطعام لأنه جائع.

10- إشباع ميل أو عاطفة أو هواية: يميل بعض الأطفال أحيانًا إلى ركوب الدراجات، أو الذهاب إلى السرك، ولا يملكون المال اللازم لذلك، فيسرقون لإشباع هذه الهوايات.

11- الإصابة بمرض نفسي: الطفل المصاب بمرض نفسي قد يدفعه هذا المرض إلى السرقة الغير إرادية أو ما يسمي بالقهرية، والتي تعرف بحالة (الكلبتومانيا).

كيفية علاج السرقة

لا شك أن المملوك قد نشأ على خشية الله ومراقبته، وتعوَّد على الأمانة، لـذلك لم يمد يده إلى أموال سيده، وهكـذا فـإن الأم عنـدما تعـود طفلـها علـى التقـوي والعمـل الصالح، فإنه ينشأ أمينًا لا يمد يده إلى ممتلكات الآخرين، وعنـد عـلاج الـسرقة يجـب أن ندرس كل حالة على حدة، حتى نعرف الدوافع التي أدت إليها، وبالتالي يسهل أسـلوب علاجها.

وعلى كل أم أن توضح لطفلها قبح السرقة، كما ينبغي عليهـا أن تـضرب لطفلـها المثل الأسمي في احترام ملكية الآخـرين، وعلـى الأم أن تراعـي إشـباع رغبـة الطفـل في الدفء العاطفي والحنان، حتى يشعر بالثقة في النفس، ولا يشعر بأي نقص قد يدفعه إلي السرقة، وتعتبر تربية الطفل على مبادئ الإسلام، ومخافة الله، كفيلة بإبعاده عن أي سلوك منحرف، مثل السرقة.

الخجل

ان الطفل الخجول هو الـذي لـيس لديـه القـدرة علـى التجـاوب مـع زملائـه في المدرسة، أو الأشخاص الذين يراهم لأول مرة، سواء كان في البيت أو خارجـه، وهـو لا يندمج معهم، ولا يستطيع مواجهتهم بجرأة، لذلك فإن تجاربـه في الحيـاة تكـون محـدودة، كما تكون صداقاته قصيرة الأجل غير مستديمة، وكـذا لا يتحمـل نقـد الآخـرين لـه، أو ملاحظاتهم البسيطة نحوه.

كل هذه الصفات تجعل منه شخصا انعزالياً غير نافع لنفسه أو لمجتمعه.

والحياء شيء والخجل شيء آخر، والفـرق بينهمـا كـبير؛ لأن الخجـل هـو انطـواء الولد وابتعاده عن معاملة الآخرين والتعامل معهم، أمـا الحيـاء فهـو خلـق وفـضيلة مـن أخلاق الإسلام، يمنع من ارتكاب الخطأ والمحرمات، ولقد أوصي به رسول الله حين قـال: (استحيوا من الله حق الحياء). قلنا يا رسول الله إنا نستحي والحمـد لله، قـال لـيس ذاك، ولكن الاستحياء من الله حق الحياء أن تحفـظ الـرأس ومـا وعـي، والـبطن ومـا حـوي،

ولتذكر الموت والبلَي، ومن أراد الآخرة، ترك زينة الحياة، فمن فعل ذلك؛ فقد استحيا من الله حق الحياء) [الترمذي].

أسباب الخجل

ان أسلوب تربية الطفل قد يجعله خجولا؛ حيث إن زيادة التدليل قد تسبب الخجل، كما أن التشدد في المعاملة وتكرار التوبيخ، والزجر والتأنيب بغير سبب، واستخدام القسوة في تصحيح الأخطاء خاصة أثناء وجود الغير، كل ذلك قد يؤدي إلي فقدان الثقة في النفس والشعور بالنقص، وبالتالي يؤدي إلى الخجل والانطواء عن الناس والمجتمع، وقد كان رسول الله يلاطف الصغار، حتى يشعرهم بالثقة في أنفسهم، وقد يكون من أسباب الخجل، الشعور بالنقص لدى بعض الأطفال الذين يعانون من عاهات وعيوب خِلقية، مما يجعلهم يميلون للعزلة.

كما أن التأخر في الدراسة قد يكون سببًا في الشعور بالنقص، وضعف الثقة في النفس، مما يؤدي لأن يصبح الطفل خجولاً، والطفل الوحيد غالباً ما يعاني من الخجل نظراً للاهتمام الزائد به، والخوف الشديد، واللهفة عليه أكثر مما يعامل الآباء الأطفال الذين في مثل سنه، وقد يؤدي ذلك للسخرية منه من قبل بعض زملائه مما يزيد من حدة المشكلة.

كيفية علاج الخجل

عن أبي هريرة -رضي الله عنه- أن الأقرع بن حابس -رضي الله عنه- أبصر النبي (وهو يقبل حسينًا فقال: إن لي عَشَرَةً من الولد ما فعلت هذا بواحد منهم. فقال رسول الله: (من لا يرحم لا يرحم) [أبو داود].

وكان رسول الله (يتلطف مع أبناء الصحابة ويسلم عليهم، ويهتم بهم ويرحمهم، وروي لنا ذلك أنس بن مالك فقال:(إنه كان له أخ صغير اسمه عمير، وكان له طائر يلعب معه، فلما مات حزن عليه حزناً شديداً، فكان رسول الله إذا رآه داعبه ولاطفه وسرّي عنه بقوله (يا أبا عمير ما صنع النغير) [متفق عليه]، وكثيراً ما كان يركب الحسن

والحسين علـي ظهـره، ويقـول: (اللـهم إنـي أحبهمـا، فأحبهمـا، وأحـب مـن يحبهمـا) [الطبراني]، فالرحمة والحنان الغير زائدين عن الحد المعقول من العوامل المؤثرة الـتي تقـي الأطفال من الخجل.

ويمكن للأم علاج طفلها من الخجل والانطواء، وذلـك بتربيتـه علـي الجـرأة، وأن يصطحبه أبوه في المجالس العامة، لأن هذه المخالطة تجعله أقل خجلا من الأطفـال الـذين لا يخالطون الناس، وعلى الأم أن توفر لطفلها قدرًا كافيًا مـن العطـف والرعايـة والمحبـة، وإشعاره بالأمن والطمأنينة، وأن تحذر من التفرقة في المعاملة بين أبنائها، حتـى لا تحـدث الغيرة لدي الطفل، فيشعر بعدم القبول، فينـتج عـن ذلـك انطـواؤه وخجلـه، فالأطفـال يكونون في غاية الحساسية، ولقد نهي الـنبي عـن ذلـك فقـال: (اعـدلوا بـين أولادكـم في النِّحَل، كما تحبون أن يعدلوا بينكم في البر) [الطبراني]، والتربية الاستقلالية في شخـصية الطفل خير وسيلة للوقاية والعلاج من الخجل، لـذلك كـان رسـول الله قـدوة صـالحة في تربية السلف الصالح علي الجرأة.

وعن سهل بن سعد الساعدي -رضي الله عنه- أن رسول الله أُتِي بشراب، فشرب منه، وعن يمينه غلام، وعن يساره الأشياخ (أي المسنين)- فقـال للغـلام: (أتـأذن لـي أن أعطي هؤلاء؟) فقال الغلام: لا والله يا رسول الله، لا أوثر بنـصيبي منـك أحـدًا) [متفـق عليه].

وعلى الأم أن تعيد لطفلها ثقته بنفسه، فإذا كـان متفوقًـا في دراسـته، أو مـاهرًا في موهبة كالرسم مثلا وجب عليها أن تشجع فيه هذه الموهبة، وأن تعلي من قيمتهـا عنـده، وأن تمدحه وتشعره أنه متفوق.

وعلي الأم أن تكون صبورة في علاج الخجل عند طفلها؛ لأنـه يحتـاج إلـي وقـت طويل، ويتم على مراحل، وعليها أن تبدي سعادتها كلما تخلص من بعض خجله، ولكن إذا فشلت؛ فعليها أن تحاول معه مرة أخرى حتى يتحقق هدفها الذي تتطلع إليـه، وعلـى الأم الاهتمام بطفلها والإنصات له عندما يتكلم، وعدم السخرية مـن حديثـه أو أفعالـه،

لأن هذا يكسبه الثقة في نفسه، بل يشجعه على التحدث مع الآخرين بلا خوف أو خجل.

الغضب

حيث كثيراً ما تشتكي الأم فتقول: ابني سريع الغضب، كما ان الغضب حالة انفعالية يشعر بها الطفل في الأيام الأولي من حياته، وتصحبه في جميع مراحل عمره. والغضب غريزة إنسانية قد تكون مفيدة في بعض الأحيان، كأن يشحذ العزائم للمحافظة علي النفس، والمحافظة علي الدين، والعرض، والوطن، أمَّا الغضب المذموم فهو الغضب من غير مبرر معقول، وفي غير حق، لذلك أوصي رسول الله (بعدم الغضب. روي أبو هريرة -رضي الله عنه- أنَّ رجلا قال للنبي (أوصني؛ قال (لا تغضب) فرددها مرارًا، قال (لا تغضب) [البخاري].

وعن بن عمر -رضي الله عنهما- أنه سأل رسول الله فقال له: ما يباعدني من غضب الله؟ قال: (لا تغضب) [أحمد والبخاري]، وامتدح القرآن الكريم الذين يملكون أنفسهم عند الغضب، فقال: {الذين ينفقون في السراء والضراء والكاظمين الغيظ والعافين عن الناس والله يحب المحسنين} [آل عمران: 134].

وقال: (ليس الشديد بالصُّرَعَة، وإنما الشديد الذي يملك نفسه عند الغضب) [متفق عليه].

وتظهر بوضوح نوبات الغضب لدى الأطفال في الفترة ما بين الشهر السادس والسنة الثالثة من حياة الطفل، وهناك العديد من الأسباب التي تؤدي إلى غضب الطفل منها:

1- عدم تحقيق رغباته خصوصاً الفسيولوجية (الطعام - الإخراج).

2- إذا ترك وحيداً في الحجرة، كما أنه قد يثور أيضًا عندما نغسل له وجهه أثناء الاستحمام، أو عند خلع ملابسه.

3- تقييد حرية الطفل الحركية في لعبه وتحركاته، خاصة وأنَّ الطفل مفطور على حب الحركة واللعب والانطلاق؛ لأن في ذلك وسيلة للتعبير عما بداخله من طاقات متوقدة.

4- تذبذب المعاملة بين أساليب الشدة والتراخي.

5- تقييد حرية الطفل في التعبير عن رأيه أيضاً يـؤدي إلى غـضبه، لأن الطفـل وإن كان صغيراً، إلا أنه يـشعر بالرغبـة في أن يكـون لـه شخـصية مـستقلة، ورأي خاص به يعبر عنه حتى يشعر بذاته.

6- قسوة الوالدين ونزوعهم إلى الشدة والنقد اللاذع، كل ذلك يـؤدي إلى تفجـير ثـورة غـضب الطفـل، وإن كـان بعـض الأطفـال لا تبـدو علـيهم ثـوراتهم وانفعالاتهم، ولكن لها آثارها السلبية أيضاً، كالاكتئاب والانطواء.

7- زيادة تدليل الأبوين للطفل يؤدي إلى نوبات الغضب المرضية، حيث تجاب كل رغباته في صغره، مما يجعله يتوقع ممن حولـه أن ينفـذوا كـل رغباتـه، حتـى في كبره.

8- عصبية بعض الآباء والأمهـات وثـورتهم لأتفـه الأسـباب تـؤدي إلى عـصبية الأطفال وثورتهم وغضبهم، لذلك فإن علي الأبوين أن يحرصاً على أن يكونـاً نموذجاً للهدوء وعدم العصبية الزائدة عن الحد.

9- النقص العام أو ضعف صحة الطفل، والـتي تـؤدي إلى ضـعف مقدرتـه علـى السيطرة على موقف ما قد يجعل الطفل هائجاً غاضباً، فبعض الأطفـال لعـدم قدرتهم على المشي أو الكلام أو الرؤية أو اللعب، مثل سائر أقـرانهم يجعلـهم في حالة تقزز واستعداد للغضب.

العلاج

ان الخطوة الأولى لعلاج، أي مشكلة هو دفـع وإزالـة أسـبابها، لـذلك فـإن علـى المربين مساعدة الطفل على الهدوء والتحكم في انفعالاته، ويبرز دور الآباء والأمهـات في تقديم صورة صالحة لأطفالهم، فعليهم ألا يغضبوا ويثوروا لأتفه الأسباب، بـل الواجـب أن ينزهوا ألسنتهم عن كلمات التحقير والإهانة، حتى لا تترسخ في نفس الولـد الآفـات النفسية، وانفعالات الغضب، وبـذلك يكـون الآبـاء والأمهـات قـدوة صـالحة في الحلـم والأناة وضبط النفس عند الغضب.

ويجب أن يكون تدخل الأبوين في أعمال الطفل بصورة تربوية، لا تجعله يشعر بتقييد حركته أو إرغامه على الطاعة بدون إفهامه أو إقناعه، فالطفل بطبيعته تكمن بداخله طاقات هائلة متوقدة، إلا أن قدراته الإدراكية لا تمكنه من توجيه هذه الطاقات بصورة إيجابية في مكانها المناسب، وهنا يبرز دور المربي في توجيه هذا النشاط الزائد إلى بعض الأشغال والهوايات اليدوية المفيدة التي تنفس عن مشاعر الطفل المكبوتة، فضلاً عن أنها تشعر الطفل بقيمته الذاتية.

ويجب على المربين ألا يبالغوا في تدليل الطفل أو تلبية كل رغباته، فإنه عندما يتعامل مع الآخرين، فإنه يتوقع منهم نفس المعاملة، لكنه يري معاملة قاسية فتثور في نفسه مشاعر الغضب، ومن عظمة ديننا الإسلامي أنه لم يترك شيئاً إلا وقد أحاط به، فهناك علاج ناجح أرشدنا إليه المنهج النبوي في تسكين الغضب، وعلي الآباء والأمهات أن يعوِّدوا أبناءهم عليه قدر المستطاع، وللمنهج النبوي في ذلك عدة مراحل:

1- تغيير الوضع الذي يكون عليه الغاضب، فعن رسول الله (أنه قال: (إذا غضب أحدكم وهو قائم فليجلس، فإن ذهب عنه الغضب.. وإلا فليضطجع) [أبو داود وأحمد].

2- اللجوء إلي الوضوء في حالة الغضب؛ عن رسول الله (أنه قال: (إن الغضب من الشيطان، وإن الشيطان خلق من النار، وإنما تُطْفَأُ النار بالماء، فإذا غضب أحدكم فليتوضأ) [أبو داود].

3- التعوذ بالله من الشيطان الرجيم فقد استبَّ رجلان عند النبي (وأحدهما يسب صاحبه مغضبًا قد احمر وجهه، فقال النبي إني لأعلم كلمة لو قالها، لذهب عنه ما يجد، لو قال: أعوذ بالله من الشيطان الرجيم)، [متفق عليه].

4- مغادرة المكان الذي حدث فيه الغضب، فقد حدثت مشادة بين علي كرم الله وجهه وفاطمة الزهراء -رضي الله عنها- فغضب كل منهما من الآخر، فخرج الإمام علي إلى المسجد، فمكث فيه، فلما علم رسول الله (بذلك ذهب إلى

على، وقد وقع عليه بعض التراب، فأخذ ينفضه عنه، ويقول (قم يا أبا تراب) [الطبراني].

5- والأشياء التي تفيد في معالجة الغضب: التخلق بالخلق المضاد له، وهو الحلم والأناة، فعلى الأم أن تنمي في أولادها الصبر والأناء بذاتهما، فإن الإنسان الحليم، لايعرف الغضب إلا لله.

6- كما عليها أن توظف ملكة الغضب في أبنائها التوظيف المناسب الذي يتلائم مع طبيعة الموقف، فإذا كان هناك موقف يقتضي الغضب، فعلى الأم أن تنبه ابنها عليه، وتعلمه أن الغضب هنا من الصفات المحمودة، وإذا كان الحلم في موقف ما أولى وأحسن، فعليها أن تذكر أبناءها بذلك وتحملهم عليه، فما ليس بخلق في الأصل يسهل الوصول إليه وجعله خلقًا بالتخلق به، والتطبع عليه حتى يصير خلقًا وطبعاً.

7- اكتساب عادة الحلم، فإن الحلم من أعظم الفضائل النفسية التي يجب أن يتحلي بها الإنسان.

فالتدريب على ضبط انفعالات الغضب عنصر جوهري من عناصر النمو الانفعالي الصحيح، ومن الأحاديث المأثورة عن الرسول أنه قال: (إن من أحبكم إلي، وأقربكم مني مجلساً يوم القيامة، أحاسنكم أخلاقاً) [الترمذي].

الفصل السادس

التربية الحركية للمعوقين والسيطرة عليها

الفصل السادس

التربية الحركية للمعوقين والسيطرة عليها

ألاهمية الاساسية والبدنية للممارسة الرياضة للمعاقين

1- تنمية المهارات الحركية، وتطوير الشعور بالإنتماء والمشاركة في مجموعات.
2- تعمل على زيادة الإدراك العام وتمد النواحي المعرفية والقدرات العقلية.
3- مساعدة المعاقين أن يمارسوا حياتهم اليومية، مثل أقرانهم العاديين، فيعيشون معهم حياة طبيعية بأقصى ما تسمح به قدراتهم وظروفهم الاجتماعية.
4- تكسب المعاقين احترام الآخرين، وتقديرهم على الممارسة الرياضة، بغض النظر عن نوع الإعاقة وتقوية الإحساس بالذات لدى المعاق.

اما اهمية التربية البدنية للمعاقين، فقد يعتقد البعض عدم اهمية التربية البدنية للمعاقين او كونها ضارة لهم بدنياً او نفسياً او اجتماعياً، لكن الدراسات والابحاث العلمية والتجريبية اثبتت عكس ذلك فالتربية البدنية وانشطتها المختلفة لها اهمية للمعاقين، قد تفوق في اغلب الاحيان اهميتها بالنسبة لمن يسمون بغير تلمعاقين من جميع النواحي البدنية والنفسية والاجتماعية، فمن الناحية البدنية وجد ان ممارسة غير المعاقين للانشطة البدنة فى اغلب الاحيان وقائية، ولكنها بالنسبة للمعاقين علاجية حيث تعتبر قلة الحركة من الصفات المصاحبة لمعظم الاعاقات والتي تكون بسبب الاعاقة ذاتها كما في الاعاقات الحركية، او بسبب ظروف المعاق النفسية او الاجتماعية كالانطوائية مثلاً.

وقد تؤدي قلة الحركة الى بعض التغيرات الفسيولوجية السلبية التي تجعل المعاقين اكثر عرضة، لما يعرف بامراض نقص الحركة، والتي تتضمن ارتفاع ضغط الدم، وامراض القلب التاجية ومرض هشاشة العظام وغيرها، وقد اكدت الدراسات العلمية ان ممارسة المعاقين للانشطة البدنية تساهم بفعالية في رفع مستوى لياقتهم البدنية، وبالتالي التقليل

من الاعراض الناجمة عن قلة الحركة، اما من الناحية النفسية والاجتماعيـة، فـأن المعـاقين غالباً مايعانون من المشكلات النفسية والاجتماعيـة، فـأن المعـوقين غالبـاً سـهلاً وتلقائيـاً بالنسبة لغير المعوقين، وقد يؤدي ذلك للشعور بالدونية التي يزيـدها سـوءاً معاملـة افـراد العائلة والاصدقاء للمعاق على انه عديم الفائدة.

كما قد يصاحب هذا الشعور ارتفاعاً في مستوى القلق، وقصوراً في تقدير الـذات، وفقدانا للثقة بالنفس مما ينتج عنـه الانطوائيـة والعزلـة وتنميـة الاتجاهـات الـسلبية ضـد المجتمع، وتعيد المشاركة في الانشطة البدنية التوازن النفـسي المعـاقين في اغلـب الاحيـان، وتنمي الثقه بالنفس وتقدير الذات، خصوصاً عندما تكون خبرات المشاركة ناجحة، كمـا توفر مشاركتهم في الانشطة البدنية الفرص المناسبة لتفاعلهم مع اقرانهم من المعاقين وغير المعاقين، مما يؤدي تقبل الاخرين بعد تغيير مفاهيمهم باكتشاف قدرات المعاقين، بدلاً مـن التركيز على اعاقتهم.

انواع التربية الحركية للمعوقين

- مهارات لفظية:

أ- يذكر عمره بالارقام.

ب- يذكر اسمه والحرف الذي يبدأ به.

ت- يشارك في الاعمال المنزلية.

ث- يلعب مع الاطفال في جماعه.

2- مهارات سمعية:

أ- يعبر بالحركة عن الصوت المسموع.

ب- يمشى مع الموسيقى البطيئه.

ج- يتوقف عند توقف الموسيقى.

د- يحرك يديه على انغام الموسيقى.

ه- يعبر ابتكارات بالحركة.

3- مهارات بصرية:

أ. يجمع اجزاء الصورة المقطوعه.

ب. يمارس مهارات تفكير مختلفه.

ج. يستخدم حركة العين واليد في تناسق.

د. يكون اشكال الحروف الهجائيه.

ه. يجمع بين جزأي الحروف المتشابه لتقويت الادراك البصري.

الأهداف العامة للتربية الرياضية للمعوقين

1- تثبيت المبادئ الدينية والقومية وإذكاء الحماس، وتوجيه الاندفاع أثناء ممارسة الأنشطة الرياضية لحب الوطن والتعريف بمكتسباته والحافظة عليها.

2- تنمية العلاقات الاجتماعية، من خلال العمل الجماعي المنظم في أثناء الممارسة الرياضية التي تنطوي على المحبة والتعاون، وتحمل المسؤولية، والإخلاص للجماعة لتحقيق الانتماء للوطن.

3- اكتساب الخبرات الأساسية للأنشطة الرياضية المتنوعة، وتنمية وتطوير اللياقة البدنية، في ضوء الحقائق العمرية البيئية، لمواجهة ظروف الحياة المختلفة.

4- التمتع الكامل بالنشاط البدني الترويجي وفق الميول والقدرات والرغبات البدنية ضمن الإمكانات المتاحة والتزود بالخبرات التربوية النافعة في الحياة.

5- تنمية القدرة الإبداعية في إطار ديمقراطي، يضمن حرية التفكير والتعبير، لاكتساب القدرة على حل المشكلات اليومية وإثارة الدافعية للاستجابات البناءة .

6- معرفة حاجات النمو الجسمي عن طريق ممارسة الحياة الصحية السليمة، والوصول إلى قوام بدني معتدل.

7- ترقية النمو الانفعالي والتحكم في الانفعالات والتعبير وتعزيز الثقة في النفس.

8- تشجيع وتنمية القدرات والمواهب الرياضية العالية، وإتاحة المجال لها للوصول إلى مستويات البطولة.

9- التدريب على اكتساب صفات القيادة والتبعية السليمة، من خلال ممارسة الأنشطة الرياضية المتنوعة.

تصنيف الرياضة للمعاقين

يوجد العديد من الآراء في تصنيفات الرياضة للمعاقين، وفيما يلي تصنيف شامل لعدد من وجهات النظر:

أولاً: الرياضة العلاجية:

تعد ممارسة الرياضة للمعاقين إحدى وسائل العلاج، حيث تؤدي على هيئة تمرينات علاجية، كإحدى طرق العلاج الطبيعي التي تسهم في تأهيل المعاقين، بالإضافة إلى امتدادها ما بعد الجراحة والجبس، وخاصة في الكسور، وتأهيل مصابي العمود الفقري والنخاع الشوكي كالشلل النصفي والرباعي، ويستمر هذا الأثر الإيجابي للتمرينات في تأهيل المعاقين ومساعدتهم على استعادة اللياقة البدنية من قوة ومرونة وتحمل وتوافق عضلي عصبي، واستعادة لياقة الفرد للحياة الهامة، وما يصادفه فيها إلى ما بعد خروجه من المستشفى، ومراكز التأهيل حيث تلعب الرياضة التأهيلية دوراً هاماً في هذا المجال .

ثانياً: الرياضة الترويحية:

من الآثار الإيجابية لرياضة المعاقين تنمية الجانب الترويحي، حيث تعد وسيله ناجحة للترويح النفسي للمعاق، فهو يكتسب خبرات تساعده على التمتع بالحياة، فمن المعلون أن الرياضة الترويحية تتدرج من ألعاب هادئة، كألعاب التسلية إلى ألعاب عنيفة تسلق الجبال، كما يختلف المجهود المبذول في الرياضة الترويحية كالشطرنج والبليياردو والكروكية، عن المجهود المبذول في رياضة تنافسية، كالسباحة أو كرة السلة أو ألعاب

المضمار، ويتعدى أثر المهارات الترويحية الاستمتاع بوقت الفراغ إلى تنمية الثقة بالنفس، والاعتماد على ذاته والروح الراضية، وعمل صداقات تخرجه من عزلته وتدمجه في المجتمع.

ثالثاً: الرياضة التنافسية:

حيث يهدف هذا النوع من النشاط الرياضي إلى الارتقاء بمستوى اللياقة والكفاءة البدنية، كما تتضمن رياضة المستويات العليا، والواقع أن الرياضة التنافسية تعتمد على التدريب العلمي السليم والتطوير في الأدوات والإمكانات والطب الرياضي، ويجب الالتزام في تلك الرياضة التنافسية بالقواعد والقوانين الخاصة بالأداء، كما يجب الالتزام بالتقسيمات الفنية والطبية التي تعتمد على درجة اللياقة البدنية أو النفسية والعصبية للمعاق ومستوى الإصابة، وبذلك قبل المشاركة في الأنشطة التنافسية حتى يتحقق مبدأ العدالة، بالإضافة إلى الاستفادة الكاملة من المشاركة، وتجنبا لحدوث أي مضاعفات طبية تؤثر على حياة المعاق.

رابعاً: رياضات المخاطرة:

يشير هذا ألنوع من الرياضات إلى ألأنشطة التي تزداد فيها المخاطرة بدرجة كبيرة، وقد تمارس فردية أو جماعية مثل التزحلق على الجليد، وسباق السيارات والدراجات، كما أن الغطس في المياه الضحلة يسبب الكسور في الفقرات العنقية أو الشلل الرباعي، لذلك لابد من إتباع تعليمات ألأمن والسلامة وخاصة في الرياضات التي تحتاج إلى درجة عالية في الأداء الفني

خامساً: الرياضة الاجتماعية:

حيث يرتبط بالتأهل المهني الذي يساعد المعاق على إعادة تكيفه مع المجتمع، وذلك بتدريب المعاق على ممارسة مهنة سابقة أو جديدة تبعاً لنوع إعاقته ودرجتها وميوله، كما يمكن اشتراك المعاقين مع ألأسوياء في الممارسة حتى يعتادوا الاندماج بالمجتمع، ونذكر بعضاً من تلك المنافسات المشتركة كرماية السهم، تنس الطاولة (الشلل والبتر (البلياردو،

السباحة للمعاقين) البتر، المكفوفين الصم)، فيندمج المعاق بفاعليه في الممارسة مع الأصحاء كما يتحتم أن أصحاب الأعمال يقومون بتشغيل الرياضيين المعاقين.

سادساً: المشاركة السلبية:

من المعلوم أن هذا النوع يقوم على المشاركة المعتمدة على المشاهدة الرياضية سواء أمام التلفزيون، أو حضور المباريات في الملاعب، مثل مباريات كرة القدم والتنس والسلة واليد، ويشترك الأسوياء مع المعاقين في هذا النوع، حيث تساهم في إزالة القلق والتوتر النفسي والحد من العدوان، ومما لاشك فيه، ذلك يؤدي إلى التغلب على روتين الحياة ويقطع الملل بالاندماج في المشاهدة.

الألعاب الرياضية لذوي الاحتياجات الخاصة

تعد الألعاب الأولمبية الموازية حالياً 23 رياضة معترفاً بها رسمياً 19 لعبة صيفية و4 لعبات في فصل الشتاء، وتختلف اللعبات بحسب فئات المعوقين، ومن الألعاب ما يلي:

1- العاب القوى.
2- كرة السلة على الكراسي المتحركة.
3- سباق الدراجات.
4- ركوب الخيل.
5- المبارزة بالسيف.
6- رفع الأثقال.
7- السباحة.
8- كرة المضرب.
9- كرة الطاولة.
10- كرة الهدف (الجرس).
11- رمي القوس.
12- الرماية.

13- كرة القدم.
14- الركبي على الكراسي المتحركة.
15- الكرة الطائرة.
16- الرياضات الشراعية.
17- الجودو.
18- التزلج على الالبي.
19- التزلج الشمالي.
20- سباق على عربات التزلج.
21- الهوكي على عربات التزلج.
22- الرقص على الكراسي.
23- البوشيا.

طرق التدريب والتعلم الرياضي للمعوقين

1- طريقة التدريب المستمر:

تتميز هذه الطريقة بالاستمرار بالعمل او التدريب وعدم وجود فترات راحة خلال الوحدة التدريبية، ويمتاز حجمها بالاتساع، كطول فترة الاداء او زيادة عدد مرات التكرار، وتستخدم هذه الطريق في الحركات المتشابهة (المتكررة) كالهرولة والركض والسباحة والتجديف.

اما اهدافها فتعمل على تطوير التحمل العام، والتحمل الخاص، والتحمل العضلي، اما تأثيراتها على اجهزة الجسم فتعمل على تطوير جهازي الدوران والتنفس، وزيادة قدرة الدم على حمل كمية اكبر من الاوكسجين والوقود (الغذاء) الذي يساعد على زيادة قدرة اجهزة الجسم على التكيف للمجهود البدني المستمر، اي تحسين الحد الاقصى لاستهلاك الاوكسجين.

اما مكونات الحمل بطريقة التدريب المستمر فتكون شدة التمرين من (40-60٪) من اقصى جهد للفرد، ويكون العمل بصورة مستمرة لفترة طويلة ولاتوجد فترات راحة، اما عدد مرات تكرار التمرين فيكون قليلاً اذا كان الاداء مستمراً لفترة طويلة، وكبيراً اذا كان الاداء مستمراً لفترة متوسطة، اما الاساليب المستخدمة في هذه الطريقة هي:

أ. **ثبات شدة الاداء:** أي محافظة الرياضي على سرعة واحدة طول فترة العمل العضلي، ويصل النبض هنا الى 150 نبضة دقيقة.

ب. **تغير شدة الاداء:** تقسم مسافة الاداء الى مسافات او فترات زمنية تزيد وتنخفض في الشدة وحسب تقسيم المدرب.

جـ. **طريقة الجري المتنوع (الفارتلك):** تتغير فيه سرعة التمرين طبقا لمقدرة اللاعب، وطبقاً لحالته خلال مسافة الاداء او خلال الفترة الزمنية المحدد له مثل (الجري 100م والمشي 100م) او(الجري لمدة دقيقة والمشي لمدة دقيقة)، ويفضل استخدام الفترات الزمنية عند تنفيذ هذا الاسلوب مع الناشئين لانهم سيقطعون المسافة بسرعة اذا حددت المسافة وفي غير الشدة المطلوبة.

2. **طريقة التدريب التكراري:**

تزداد الشدة في هذه الطريقة عن طريقة التدريب الفتري مرتفع الشدة فتصل الى الشدة القصوى، وبالتالي يقل خلالها الحجم كما تزداد الراحة الايجابية الطويلة، وتهدف هذه الطريقة الى تطوير القوة القصوى والسرعة والقوة المميزة بالسرعة، اما تأثيرها الفسيولوجي فتسهم في تحسين رفع كفاءة انتاج الطاقة بالنظام اللاهوائي كما تؤثر في الجهاز العصبي، نظراً لان الاداء يكون باقصى جهد، مما يتسبب بالتعب، اما مكونات الحمل بطريقة التدريب التكراري فتكون الشدة (90٪) للركض،(90-100٪) للقوة من اقصى جهد للفرد، وتكون فترات الراحة طويلة (3-4) دقائق مع مراعاة ان تكون ايجابية، ويكون عدد تكرارات التمرين (20-30) رفعة للقوة، (1-3) مرات للركض.

3. طريقة التدريب الدائري:

هي عبارة عن اسلوب تنظيمي بطريقة التدريب المستمر او الفتري او التكراري، وان تمرينات التدريب الدائري على شكل دائرة يمارسها المتدرب من التمرين الاول حتى يكمل الدائرة، عموماً تكون تمرينات الدائرة الواحدة من (10-11) تمرين يؤدي في دورة واحدة و(2-3) دورة في الوحدة التدريبية، يهدف التدريب الدائري الى تنمية جهازي الدوري التنفسي، والتكيف على مقاومة التعب، ويساهم في تنمية الصفات البدنية.

وفي حالة استخدام التدريب التكراري تستخدم اثقال اضافية الى ثقل الجسم بحيث تصل الى (80-90٪) واحيانا(100٪) من قدرة الرياضي، وفي هذه الحالة يتطلب زيادة فترة الراحة بين تمرين واخر من (2-3) دقيقة وقد تصل الى (5) دقائق عندما تكون الشدة (90-100٪) من الحد الاقصى للمتدرب.

4- طريقة التدريب الفتري:

يقصد بها تقديم حمل تدريبي يعقبه راحة بصورة متكررة، وتنقسم الى (6):

أ. طريقة التدريب الفتري منخفض الشدة:

تزداد شدة التمرين في هذه الطريقة عن طريقة التدريب المستمر، كما يقل الحجم وتظهر الراحة الايجابية بين التكرارات لكنها غير كاملة، اما اهدافها فتعمل على تطوير التحمل العام والتحمل الخاص وتحمل القوة، اما تأثيرها على اجهزة الجسم الداخلية فتسهم في تحسين كفاءة انتاج الطاقة لعبور العتبة اللاهوائية (وهي الحالة التي يكون فيها نسبة تراكم حامض اللبنيك في العضلة اكثر من نسبة التخلص منه الذي يؤدي الى التعب العضلي).

اما مكونات الحمل فتكون شدة الاداء (60-80٪) من اقصى جهد للفرد في تمرينات الركض اما تمرينات القوة فتكون شدتها (50-60٪)، وتكون عدد مرات أداء التمرين او زمن التمرين (15-30ثانية) للقوة، (14-90ثانية)للركض، اما فترات الراحة فتكون ايجابية غير كاملة تسمح للقلب بالرجوع الى جزء من حالته الطبيعية حيث تبلغ للمتقدمين (45-90ثانية) ومعدل نبض (120-130 نبضة/ دقيقة)، وللناشئين (60-120

ثانية) ومعدل نبض (90-120نبضة/ دقيقة) ويكون عدد مرات تكرار التمرين(20-30مرة للقوة)، (10-15مرة للركض).

ب. طريقة التدريب الفتري مرتفع الشدة:

تزداد شدة اداء التمرين خلالها عن طريقة التدريب الفتري منخفض الشدة، وبالتالي يقل الحجم وتزداد الراحة الايجابية لكنها تظل غير كاملة.

اما اهدافها فهي تعمل على تطوير التحمل الخاص والتحمل اللاهوائي والسرعة والقوة المميزة بالسرعة، ويكون تأثيرها على اجهزة الجسم الداخلية في تحسين انتاج الطاقة اللاهوائية (تحت ظروف نقص الاوكسجين)، اما مكونات الحمل فيها فتكون الشدة (80-90٪) من اقصى جهد للفرد في تمرينات الركض، (60-75٪) من اقصى جهد للفرد في تمرينات القوة، ويكون زمن التمرين (10-30 ثانية) لكل من تمرينات الجري والقوة، اما فترات الراحة البينية فتزداد نسبياً، ولكنها راحة ايجابية غير كاملة تسمح للقلب بالرجوع الى جزء من حالته الطبيعية حيث تتراوح للمتقدمين (90-180ثانية) وللناشئين(120-240ثانية)، وعدم هبوط النبض اقل من (110-120نبضة/ دقيقة)، اما عدد مرات تكرار التمرين (المجموعات) فتكون(8-10) مرات للقوة، (6-12)مرات للركض.

الاستراتيجيات العلاجية لمواجهة صعوبات التعلم عند الطلاب الذين لديهم ضعف انتباه ونشاط زائد.

يظهر اضطراب (ADHD) بدرجات مختلفة، فقد تكون حالة الطفل بسيطة ويمكن التعامل بسهولة معها أو قد تكون أعراض الاضطراب شديدة وتحتاج إلى جهد كبير للتحكم بها، كما أن هذا الاضطراب تتباين أعراضه يوماً بعد يوم ومن مكان لأخر، فهو غير ثابت في مظاهره وتختلف هذه المظاهر حسب المزاج والمواقف، وقد تؤثر عوامل أخرى في تلك التقلبات التي تظهر على الأطفال المصابين به، وحسب ما جاء في رأي باركلي (Barkly) فإن 80٪ من أطفال المدارس المصابين به ستستمر لديهم أعراض الاضطراب حتى في سن المراهقة و30-65٪ سوف تبقى الأعراض لديهم حتى سن الرشد.

مظاهر الاضطراب في سن ما قبل المدرسة

يبدي العديد من الأطفال الذين لديهم ADHD في سن ما قبل المدرسة سلوكيات حركية نشطة تخلو من الراحة، وتغيرات كبيرة في المزاج ونوبات من الغضب، وإرهاق ناتج عن نقص النوم، كما يبدون معرضين للإحباط أكثر من غيرهم، وزمن الانتباه لديهم قصير جداً كما يظهر العديد من الأطفال في هذه المرحلة العمرية مشكلات في اللغة والكلام ويصفون عادة بأن تصرفاتهم خرقاء، وتبدو مشكلاتهم أكثر وضوحاً حين يكونون في مواقف ضمن مجموعات، وقد يبدون سلوكيات عدوانية وكثير من هؤلاء الأطفال، لا يستمرون في رياض الأطفال ويخرجون من المدارس.

مظاهر الاضطراب في سن المدرسة

تتزايد مشكلات هؤلاء الأطفال في سن المدرسة، حيث يتوقع منهم البقاء هادئين في أماكنهم، والتركيز على المهام المعروضة أو الاندماج مع الآخرين في الفصل الدراسي، وتبدأ تأثير المشكلات الدراسية للطفل في الظهور في المنزل، حيث توكل له واجبات منزلية تدخل الطفل والأسرة معاً في معاناة حقيقية لإنهاء تلك الواجبات، كما أن هؤلاء الأطفال يعانون من مشكلة عدم القدرة على إتباع التعليمات سواء في المنزل أو المدرسة وصعوبة أداء المهام اليومية الموكلة لهم أو إكمال الأعمال التي أوكلت لهم.

كما يعانون من رفض الآخرين لهم من الأقران بناء على نتاج سلوكياتهم الاجتماعية الغير مناسبة، والتي تتزايد مع الوقت، وفي نهاية مرحلة الطفولة تبدأ السلوكيات الاجتماعية بالتحسن والاستقرار، إلا أن المشكلات الأكاديمية تستمر، ويشير باركلي (Barkley) إلى أن ما بين عمر 7-10 سنوات فان على الأقل 30-50٪ من الأطفال الذين لديهم تشتت أو ضعف انتباه (ADD) أو لديهم ضعف انتباه مصحوب بنشاط زائد واندفاع (ADHD) قد تتطور لديهم أعراض السلوك المعارض (Conduct Behavior) أو سلوكيات أخرى كالكذب، أو مقاومة السلطة، و25٪ منهم قد يبادرون بالقتال مع الآخرين.

مظاهر الاضطراب في سن المراهقة

خلال هذه الفترة النمائية فمن غير المستغرب أن تتغير مظاهر الاضطراب، حيث يقل النشاط الزائد، إلا أن ضعف الانتباه والاندفاعية قد يستمران، وتظهر في هذا العمر مظاهر الفشل الدراسي عند نحو 58٪ من الطلاب، كما أن 25٪-30٪ منهم يواجهون صعوبات واضحة في العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، من مثل السلوك المنحرف، وفي محاولة من هؤلاء المراهقين للحصول على قبول الآخرين لهم، فقد يتجهون للارتباط مع أقران لديهم مشكلات متشابهة، مما قد يقود إلى إنجرافهم في سلوكيات تهدد حياتهم أو حياة غيرهم، فقد ينساقون لتعاطي المخدرات أو الكحول أو أي سلوكيات معارضة أخرى.

ومع الأسف فإن 35٪ من المراهقين الذين لديهم ADHD يتركون المدرسة قبل الانتهاء من المرحلة الدراسية التي هم بها، وتظهر مظاهر الاكتئاب عند العديد من هؤلاء المراهقين كذلك ضعف الثقة بالذات، والصورة الغير مناسبة عن الذات، مؤكدة بذلك ضعف إمكانية النجاح المستقبلي أو استمرار الدافعية للعودة للدراسة أو حتى كسب قبول الآخرين لهم اجتماعياً.

طبيعة الصعوبات التعليمية المرتبطة باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد

تبدو مشكلة عدم الانتباه للتعليمات الصعبة وللأعمال المدرسية المطلوبة شائعة بشكل كبير بين طلاب المراحل الابتدائية، فقد بلغت في العديد من الدراسات ما يقارب 16٪، مما تشير إلى أن العديد من تلاميذ هذه المرحلة يواجهون صعوبة في التركيز أو التشتت المتواصل عن القيام بالأعمال الصعبة، مما قد يقود بدوره إلى الفشل التعليمي والإخفاق في المواد الدراسية.

وقد أشارت الدراسات إلى أن 80٪ من التلاميذ الذين لديهم ADHD تظهر لديهم مشكلات الإخفاق في الأداء الأكاديمي وإعادة الصفوف الدراسية والتحويل إلى فصول التربية الخاصة أو الانسحاب والفصل من المدرسة، وحتى الدراسات التي أجريت على عينة من الطلاب الذين لديهم مشكلات في الانتباه لكنهم لم يشخصوا رسمياً بأن

لديهم هذا الاضطراب، أشارت إلى أن هؤلاء الطلاب واجهوا مشكلات وصعوبات تعليمية على مدى السنوات الدراسية اللاحقة لهم في المدرسة، كصعوبات القراءة أو الرياضيات أو صعوبة الاستيعاب والفهم، أو صعوبة استخدام الوقت أو غيرها من صعوبات التعلم النمائية، وسيتم في هذا الجزء من البحث استعراض للصعوبات الأكاديمية والنمائية التي يمكن أن تظهر لدى الطلاب الذين لديهم ADHD:

أولاً: الصعوبات اللغوية:

في دراسة قام بها رابنرو و زملاء حول الصعوبات التعليمية التي يمر بها الطلاب في المرحلة الابتدائية، حيث كانت تقوم الدراسة على متابعة التغيرات الأكاديمية، لمجموعة من الأطفال الذين كانوا يعانوا من مشكلات في الانتباه في مرحلة رياض الأطفال تمت متابعتهم لخمسة سنوات لاحقة من السنوات الدراسية في المرحلة الابتدائية، وقد ظهرت مشكلات أكاديمية واضحة لدى الأطفال، خاصة في التحصيل القرائي، حيث كان أدائهم منخفضاً في هذا الجانب، مما يشير إلى أن مشكلات الانتباه قد تكون مؤشر لحدوث صعوبات في القراءة لاحقاً لدى الأطفال في حال ما أهملت متابعتها.

كما أن نفس الباحثين أجروا دراسة أخرى عام 2000 على 620 طالب وطالبة من طلاب المرحلة الابتدائية في 8 مدارس في الولايات المتحدة، حيث تم تقييم تحصيلهم الأكاديمي في نهاية العام الدراسي في القراءة والرياضيات واللغة المكتوبة من خلال معلميهم بعد تطبيق مقياس كونر للكشف عن وجود مشكلات ضعف الانتباه، وقد أشارت النتائج إلى تدني مستوى القراءة بنسبة 76٪ لدى الطلاب الذي ظهرت لديهم أعراض ضعف الانتباه مقارنة بمن لم تظهر لديهم الأعراض كذلك بالنسبة للغة المكتوبة، فإن أداء الطلاب الذين ظهر لديهم ضعف انتباه كان منخفضاً بنسبة 92٪ عن الأقران العاديين، وقد أكدت هذه الدراسة على ضرورة التدخل المبكر لعلاج جوانب الضعف في الانتباه لدى الأطفال الذين تظهر لديهم أعراض هذا الضعف في سن مبكر.

كما أكدت الدراسة على أهمية التركيز في حالة الأطفال الذين يعانون من ضعف الانتباه على الأسباب التي تقود للصعوبات الأكاديمية وليس على الصعوبات الأكاديمية

ذاتها، وشدد أيضاً تايروش و كـوهين (Tirosh & Cohen,1998) علـى أهميـة التـدخل المبكر لعلاج المشكلات والمسببات التي تقود لصعوبات التعلم في الدراسـة الـتي أجرياهـا على عينة من 3208 طالب وطالبة ممن تم تشخيصهم باستخدام مقيـاس لـضعف الانتبـاه والنشاط الزائد.

وذلك بهدف فرز الطلاب الذين يعانون من أعراض هذا الاضطراب، حيث ظهـر أن 5٪ من أفراد العينة لديهم أعراض هذا الاضطراب، وبتطبيق مقياس لتقييم اللغة لدى الأطفال الذين لـديهم ADHD مقارنـة بالأطفـال الـذين لا يوجـد لـديهم مـشكلات في القراءة، فقد ظهر بأن 45٪ ممن لديهم ADHD لديهم صعوبات لغويـة، كمـا تـبين بأنهـا تظهر لدى البنات أكثر من البنين، وقد أشـار الباحـث إلى أن الـصعوبات اللغويـة الغـير معالجة ترتبط بشكل كبيرة بالصعوبات الأكاديمية في الجوانـب اللغويـة، لـذا فـإن التقيـيم المستمر للجوانب اللغوية للأطفال الذين يعانون من ADHD يشكل جـزءاً هامـاً بالنـسبة لتعليم هؤلاء الأطفال، خاصة وإن الصعوبات اللغوية تـرتبط بالـصعوبات الأكاديميـة في جانب الوظائف الأكاديمية،

ويبدو بأن الارتباط بين الصعوبات اللغوية للطلاب الذين لديهم ADHD قد ورد في العديد من الدراسات حيث لفتت بعض الدراسـات الانتبـاه إلى أن ضـعف المهـارات اللغوية، كضعف اللغة التعبيرية أو اللغة الاستقبالية وكـذلك الـذكاء اللغـوي المـنخفض يترافق غالباً مع هذا الاضطراب.

وقـد أكـد هـذه النتـائج مـاكلينس ورفاقـه (McInnes، et al، 2003) في دراسـة أجروها على 77 طالب تتراوح أعمـارهم بـين 9-12 سـنة ممـن تم تشخيـصهم علـى أن لديهم ADHD فقط و 18 يعانون من ADHD مصحوب بـصعوبات لغويـة و19 لـديهم صعوبات لغوية فقط بدون ADHD، و19 آخرون لا توجد لديهم أية مشكلات حيـث تم تقييمهم من خلال اختبارين احدهم للاستماع مع الفهم، والآخر لاكتـشاف الأخطـاء في 8 قطع للقراءة، فقد أشارت نتائج اختبار الاستماع مع الفهم إلى أن جميع الأطفال الـذين لديهم ADHD في عينة الدراسة كان أدائهم أقل بكثير من بقية الأطفال في العينة الضابطة

في شرح ما تم فهمه من القطعة المستمعة، إلا أنهم كانوا يظهرون أداء مقارب للعاديين، وأفضل من الطلاب الذين لديهم مشكلات لغوية فقط أو ADHD مصحوب بمشكلات لغوية حين توجه لهم أسئلة محددة حول ما تم الاستماع له.

كذلك بالنسبة لاكتشاف الأخطاء في القطع القرائية، فإن الطلاب الذين لديهم ADHD كان أدائهم أضعف بكثير من أداء الطلاب في العينة الضابطة، وأفضل من الطلاب العاديين الذين لديهم مشكلات لغوية، ويعتقد الباحثون بأن هنالك علاقة بين أداء الطلاب الذين لديهم مشكلات في إكمال المهام الدراسية وبين ضعف مهارات الاستيعاب للمعلومات المعقدة التي قد تقدم في التعليمات الصفية والدروس أو القطع القرائية.

وتؤكد هذه الدراسة العلاقة الطردية بين ضعف مهارات الاستيعاب في المراحل الدراسية الأولى وتأثيرها على التحصيل الأكاديمي المتدني في المراحل الدراسية اللاحقة، وتؤكد أيضا على ضرورة الانتباه إلى جانب الفهم والاستيعاب لدى الطلاب في التعليمات الصفية والمعلومات المعروضة من المعلم لتلافي حدوث عجز في الاستيعاب يقود إلى مخرجات تعليمية ضعيفة.

ثانياً: صعوبات الرياضيات:

العديد من الطلاب الذين لديهم ADHD لديهم صعوبة في التحصيل بالمستوى المناسب لعمرهم في العديد من المجالات الأكاديمية، بما فيها مادة الرياضيات.

ومن المشكلات الشائعة في الرياضيات لدى هؤلاء الأطفال المشكلات المرتبطة باستيعاب مفاهيم الرياضيات، واستيعاب الحقائق الأساسية لاستكمال حل المشكلات بالوقت المناسب، كذلك استخدام الاستراتيجيات المناسبة لحل المشكلات الرياضية بفعالية، كما أن تطبيق الحقائق الخاصة بالجمع والطرح وجداول الضرب تأخذ وقت أطول مما يستهلك الطفل الذي لا يعاني من ADHD، وهذا بدوره يؤثر على التعلم اللاحق للمستويات الأعلى من الرياضيات والمهارات التقنية.

وقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن الطلاب الذين لديهم ADHD يبدون أداء أفضل عندما تنظم المهام الرياضية لتتناسب مع المستوى الأكاديمي الفردي المناسب

للطالب، وعندما تقدم لهم تغذية راجعة مستمرة حول أدائهم، كذلك عندما تكون نتائج أدائهم ظاهرة ومرتبطة بعملهم، وحين يتم استخدام إجراءات مناسبة لتقديم دروس الرياضيات لهم كاستخدام القصص والأساليب المثيرة، فان ذلك يشد انتباه الأطفال ويعمل على تحسين أدائهم الأكاديمي.

ففي الدراسة التي أجراها بينيديتو وتانوك (Benedetto & Tannock) لتقييم مهارة القيام بالحسابات الرياضية للأطفال الذين لديهم ADHD مقارنة مع الطلاب الذين لا يوجد لديهم أعراض ADHD، حيث أجريت الدراسة على 15 طفل تم تشخيصهم على أن لديهم ADHD، 13 منهم ذكور و2 إناث، إضافة إلى 15 طالب وطالبة لا يوجد لديهم ADHD وكانت تتراوح أعمارهم جميعاً من 7-11 سنة ونسب الذكاء متقاربة بين المجموعتين،حيث قدمت مهارات حسابية للطلاب في العينة التجريبية والضابطة خلال 10 دقائق، مرة قبل استخدام، أي علاج دوائي مع المجموعة التجريبية، ومرة أخرى باستخدام علاج دوائي كالريتالين مع المجموعة التجريبية، وقد حسبت مهارات الأطفال في الاستجابة الصحيحة على مسائل متعددة تشمل جمع وطرح، كما حسب مستوى الدقة في الاستجابة، وعدد الأخطاء والسلوك المصاحب، وقد أشارت النتائج إلى ما يلي:

1. استخدام العلاج الدوائي يقلل من استخدام أصابع اليد في إجراء العمليات الحسابية، ويساعد في استخدام الذاكرة، كذلك يقلل من أخطاء عمليات الطرح، إلا أن الدواء لا يحسن مشكلة عدم فهم مفهوم الاستلاف.
2. العديد من الأطفال الذين لديهم ADHD كان أدائهم أقل من أقرانهم العاديين في مادة الرياضيات، حتى وإن كانوا في نفس مستوى الذكاء.
3. يعتمد الأطفال الذين لديهم ADHD على إجراء عمليات الحساب باستخدام أصابع اليد، وليس على الذاكرة.
4. يعاني العديد من الأطفال الذين لديهم ADHD من مشكلات في فهم مفهوم الاستلاف بشكل مناسب، وهي مهارة تتطلب مهارات أساسية، مثل تشغيل

الذاكرة والانتباه والذي يشكل جانب ضعف لدى هؤلاء الأطفال، لذا يقترح الباحثان تدريب المعلمين على كيفية توجيه وتحسين تلك الجوانب لدى الأطفال.

5. يحتاج الأطفال الذين يعانون من ADHD إلى وقت أطول من الأطفال الذين لا يعانون من هذا الاضطراب لحل المشكلات الرياضية، خاصة في الاستلاف، كذلك تقليص عدد المسائل التي تقدم لهم في الواجبات والاختبارات مقارنة مع الأقران الآخرين في الفصل الدراسي، ويقترح الباحثان تحديد ذلك في البرنامج التربوي الفردي للأطفال.
6. على الرغم من أن استخدام الدواء قد حسن من أداء الأطفال الذين لديهم ADHD في الاستجابة بالانتباه لاختبار الرياضيات، إلا أن الدواء لم يعالج صعوبات الرياضيات التي يعاني منها الأطفال، فتلك الصعوبات ينبغي تحديدها في برنامج الطفل الفردي واستخدام أسلوب علاجي تدريبي مناسب معها.

وفي دراسة أخرى أجريت لهدف مقارنة الأداء الأكاديمي للأطفال الذين لديهم ADHD (النوع المزدوج) أي الأطفال الذين لديهم أعراض نشاط زائد واندفاعية إضافة إلى عدم الانتباه. مع أداء الأطفال الذي شخصوا على أن لديهم ADHD من نوع عدم الانتباه فقط. أشارت الدراسة إلى أن الصعوبات المرتبطة بالنوع المزدوج كانت أكثر من تلك التي تتواجد لدى لطلاب الذين لديهم مشكلات انتباه فقط،وذلك فيما يتعلق بالمشكلات السلوكية،إلا أن الأطفال الذين لديهم مشكلات انتباه فقط كانوا أكثر عرضة للمشكلات المرتبطة بالوظائف الأكاديمية.

فالأطفال الدين يعانون من مشكلات انتباه فقط ADD يبدون مستويات منخفضة في التحصيل في مادة الرياضيات، ويرى الباحثون بأن صعوبات الانتباه لدى هؤلاء الطلاب تتعارض مع قدراتهم على تكوين أنظمة رمزية مختصرة خاصة لاكتساب مهارات الرياضيات الأساسية في الصفوف الابتدائية، ويبدو بأن الأطفال الذين يعانون من مشكلات في الانتباه فقط، حين يكونون في سن مبكر، لا تظهر عادة هذه المشكلة واضحة لديهم لعدم ارتباطها بمشكلات سلوكية، مما قد لا يسترعي الاهتمام لتقديم

متابعة خاصة لهم، لذا فان هؤلاء الأطفال قد لا يتمكنوا من اكتساب المهارات الأساسية اللازمة لمادة الرياضيات والتي يحتاجونها لمراحل لاحقة، وتقترح هذه الدراسة توجيه الانتباه للأطفال الذين يبدون أداء أكاديمي منخفض في مهارات الرياضيات وإجراء اختبارات مبكره للوظائف الأكاديمية لتلك المهارات، لتجنب الصعوبات الأكاديمية التي قد تواجهه لاحقاً.

ثالثاً: الصعوبات النمائية:

لقد برز الاهتمام بهذا الجانب ضمن الدراسات التي تناولت الصعوبات التعليمية عند الأطفال الذين لديهم ADHD من عدة زوايا، كالتالي:

1. القدرة على التحكم بالذات: Self Control

باركلي (Barkley) اعتبر أحد أهم الخصائص الأساسية عند الأفراد الذين لديهم ADHD، في نمط ضعف الانتباه فقط، هو عدم القدرة على التحكم بالذات، تليها مشكلة عدم الانتباه، كما انه يعتقد بأن اضطراب الانتباه يختلف في خصائصه ومشكلاته عن اضطراب ADHD بشكله المزدوج (اضطراب انتباه مع نشاط زائد واندفاعية).

وتشمل النظرية التي يصفها باركلي، والتي يمكن تلخيصها كالتالي:

يرى باركلي بأنه أثناء مرحلة نمو الطفل، فإن التأثير والتحكم بسلوك الطفل يتحول تدريجياً من المصادر الخارجية إلى أن يصبح وبشكل متزايد محصناً بقوانين ومعايير داخليه، والتحكم بسلوك الفرد بقوانين، ومعايير داخلية هو ما يقصد به التحكم الذاتي: فعلى سبيل المثال الطفل الصغير تكون لديه قدرات محدودة للتحكم بسلوكه الاندفاعي، فمن الشائع أن الأطفال الصغار يفعلوا عادة ما يخطر على بالهم، وان لم يفعلوا فيكون ذلك على الأغلب نتاج موانع محيطة بالموقف، كأن يلقي الطفل بالألعاب على الأرض حين يغضب ويمتنع عند وجود أشخاص محيطين يشكلوا مصدر تهديد، كالأم مثلاً، وهذا يختلف عن موقف طفل أكبر لديه نفس الدافع لتحطيم لعبة، ولكنه لا يفعل لأنه يأخذ بالاعتبار النتائج التالية:

1. أنه سيشعر بالانزعاج لأنه خذل والديه.

2. أن والديه قد يغضبان لأنه حطم لعبته الجديدة.

3. انه لن يتمكن من الحصول على نفس اللعبة لاحقاً للعب بها لأنه حطمها.

4. أنه سيشعر بالانزعاج لأنه ترك غضبه يخرج خارج السيطرة وسيشعر بالإحباط.

وحسب هذا المثال، فالطالب يتعلم أن يتحكم وينظم سلوكه على ضوء معايير وقوانين داخلية، وليس بناءاً على تهديدات ومواقف خارجية.

ويرى باركلي بأن الأطفال الذين لديهم ADD هم غالباً يعانون من ضعف التحكم بالذات ناتج عن أسباب بيولوجية وليس لأسباب تربوية، وكنتاج لعدم القدرة على التحكم بالذات فإن بعض من الوظائف والعمليات الأساسية المحددة والهامة قد لا تنمو بشكل مناسب، وقد تشمل ما يلي:

2. تشغيل الذاكرة: Working Memory

ويقصد به القدرة على استدعاء عناصر الماضي والتحكم بها في عقل الإنسان حتى تتمكن من توقع ما سيحدث مستقبلاً، وهذا إجراء هام للتعامل مع مواقف الحياة اليومية، والتي يعتقد باركلي بأنها لا تعمل بشكل جيد عند من يعانون من ADD.

3. الكلام مع الذات:

القدرة على استخدام الكلام الداخلي الموجه ليقود سلوك وأفعال الإنسان، كالتحدث مع الذات الذي يساعد على التحكم بالسلوك وحل المشكلات التي تواجه الإنسان، باركلي يعتقد بأن هذه القدرة تتطور في وقت متأخر، وبشكل غير مكتمل لدى الأطفال الذين لديهم ADD.

4. الإحساس بالوقت: Sense of Time

ويشير إلى القدرة على تقدير الوقت المحدد لأداء المهمة والتحكم بسلوك الفرد على ضوء معرفته بذلك الوقت، كأن يتمكن الطفل من إنهاء مهمة محددة بوقت مناسب لكي يتمكن من الانتقال لمهمة أخرى، ويعتقد باركلي بأن الأطفال الذين لديهم اضطراب في جانب الانتباه يكون لديهم الإحساس الذاتي بالوقت معطل، مما يعيق أدائهم للأفعال المطلوبة في الوقت المناسب، وقد توصل باركلي (Barkley) في دراساته إلى أن صعوبة

التحكم في الوقت قد تكون أيضا عنصر أساسي للمشكلات التعليمية للطلاب الذين لديهم ADHD.

ففي دراسته التي أجراها على 12 طفل لديهم ADHD و26 طفلاً لا يوجد لديهم هذا الاضطراب ممن تراوحت أعمارهم بين 6-14 سنة، وتم اختبارهم في استخدام مهام تنظيم الوقت، حيث قدمت لهم مهام يتم فيها استجابتهم كل 12، 24، 36، 48، 60 ثانية، وأثناء نصف هذه الفترة كانت تقدم مثيرات مشوشة، للتأكد من مدى تأثيرها على أدائهم، وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن الطلاب الذين لا توجد لديهم أعراضADHD استطاعوا الاستجابة في الوقت المناسب في الفترات التي تمت مقاطعتهم فيها عن الاستجابة، كما أنهم لم يتأثروا بالمشتتات التي تم عرضها عليهم أثناء العمل، وهو عكس ما ظهر مع الطلاب الذين لديهم ADHD.

فحتى عندما قدمت لهم أدوية خاصة لتحسين الانتباه، لم تتحسن قدرتهم على تقدير الوقت والاستجابة في الوقت المناسب، مما يشير إلى أن هنالك مشكلة أساسية لدى هؤلاء الأطفال في تقدير الوقت قد تكون هي أساس لعدم انجازهم للمهام المطلوبة في الوقت المناسب، و يؤكد هذا البحث على أهمية تدريب مهارة الإحساس بالوقت وتقديره من خلال استخدام ساعات التوقيت الرقمية والرملية وبطاقات لفت الانتباه وغيرها من المنبهات التي يلفت انتباه الأطفال لها من خلال المعلمين والأسرة.

5. سلوك توجيه الأهداف:

أي القدرة على تحديد أهداف في ذهن الفرد واستخدام الصور الداخلية لتلك الأهداف لتشكيلها وتوجيهها والتحكم بسلوك الفرد و توجيهه، وهي خاصية مهمة للإنسان لتحديد ما يريد عمله و تحديد الجهد المبذول والمطلوب للاستمرارية في العمل لتحقيق الأهداف، فقد يكون محبطاً وصعباً على الإنسان أن لا يتمكن من الاحتفاظ بأهدافه لفترة طويلة في ذهنه، والأطفال الذين لديهم تشتت انتباه يواجهون صعوبة في الحفاظ على الرغبة بالاستمرار بالجهد المطلوب لتحقيق أهداف طويلة المدى.

وحسب نظرية باركلي فإن اضطراب ضعف الانتباه هو نتاج لضعف التحكم بالذات وليس لعدم الانتباه وهذا يعني بأنه:

أولاً: أن الأشخاص الذين لديهم ADHD بنمط ضعف الانتباه، قد لا تنقصهم المهارات والمعرفة لكي ينجحوا، ولكن مشكلتهم في التحكم بالذات، والتي تمنع استفادتهم من المعرفة والمهارات التي يمتلكونها في الوقت المناسب. فمشكلة ضعف الانتباه كما صورها باركلي تكمن في أن يفعل الفرد ما يعرف في الوقت المناسب وليس في أن يعرف ما سيفعل Doing what one knows rather than Knowing what to do فقد يعرف الطفل الخطوات التي يجب أن يتبعها للنجاح بعمل مدرسي مثلاً، ولكنه يفشل في أداء العمل لأن تحكمه في الوقت كان غير مناسب أو أن استخدامه للأهداف طويلة المدى لتقود سلوكه كان محدداً، ويقترح باركلي لعلاج هذه المشكلات بأن يتم التركيز على مساعدة الأفراد الذين لديهم ضعف انتباه على تطبيق المعرفة التي لديهم في الوقت المناسب، بدلاً من تعليمهم كيف يكتسبوا المهارات اللازمة لتلك المعرفة، كما يقترح متابعة الأطفال من المعلمين وتركيزهم على المهام المطلوبة والقوانين، والتي تحكم العمل أو السلوكيات من وقت لآخر، كذلك استخدام إشارات ولوحات في الفصل لتحقيق ذلك.

اضطراب الوظائف التنفيذية

يقصد بهذا الجانب القدرة على اتخاذ القرار والتخطيط للخطوات التي تساعد للتحكم بالسلوك، كأن يقوم الطفل الذي لديه مهام وواجبات دراسية طويلة المدى بتقسيمها إلى أجزاء، ومن ثم عمل خطة لاستكمال كل جزء، ومتابعة الأداء طوال فترة انجاز العمل، وعلى الرغم من أنه لا توجد قوائم محددة عالمياً لهذه الوظائف إلا أن معظم الخبراء يتفقوا على أن أهم هذه الوظائف هي:

1. التخطيط: Planning.
2. السببية: Reasoning.
3. تشغيل الذاكرة: Working memory.

4. التحكم في السلوك: Inhibiting behavior.
5. الانتباه وتحويل مجموعات المعرفة Attention & Shifting Cognitive Sets.
6. المرونة في التفكير Flexibility in thinking.

وتعتبر المهارات المرتبطة بالوظائف التنفيذية هامة جداً للسلوكيات الإنسانية المعقدة، لأنها تساعد في تنظم وتوجيه السلوك بطريقة معدلة ومرنة، وقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن الأطفال الذين لديهم ADHD يظهرون مهارات الوظائف التنفيذية بصورة مقاربة لتلك التي يظهرها الأطفال الذين لا توجد لديهم أعراض هذا الاضطراب، ولكن المفاهيم الحديثة لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، تؤكد على أن هذه الوظائف التنفيذية، قد تكون تمثل جوهر الاضطراب لدى الأطفال وقد تكون الأعراض التي يتصف بها هذا الاضطراب ليصف سلوكيات عدم الانتباه أو النشاط الزائد أو الإندفاعية، ما هي إلا نتاج للخلل في الوظائف التنفيذية في كثير من الحالات.

وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن الوظائف التنفيذية الغير مناسبة والتي تقود إلى أعراض ADHD قد تكون هي الأساس في الصعوبات التعليمية التي تظهر لدى هؤلاء الأطفال، حتى أن بعض الدراسات تؤكد على أنه في حال عدم وجود اضطرابات في الوظائف التنفيذية، لدى هؤلاء الأطفال فمن الأرجح أن لا يعانوا على الإطلاق من مشكلات تعليمية.

ففي دراسة أجريت حديثاً أعدها بايدرمان Piederman)، 2004(حول تأثير اضطراب الوظائف التنفيذية على الإنتاج الأكاديمي للطلاب الذين لديهم ADHD في عينة تشكلت من 259 طالب وطالبة من الأطفال والمراهقين ممن لديهم ADHD، و222 طالب وطالبة لا يوجد لديهمADHD، وقد تراوحت أعمار أفراد العينة من 6-17 سنة، وأجريت العديد من الاختبارات على هؤلاء الطلاب كاختبارات للجوانب الأكاديمية والوظائف التنفيذية وغيرها، وقد توصلت نتائج هذه الدراسة إلى ما يلي:

1. الطلاب الذين لديهم ADHD أظهروا أداء أكاديمي أضعف من العاديين في العديد من المجالات، وقد ارتبط هذا الضعف بالحالات التي ظهر لديهم اضطراب في الوظائف التنفيذية.
2. بمقارنة الطلاب العاديين والطلاب الذين لديهم ADHD، ولا يوجد لديهم اضطرابات في العمليات التنفيذية، مع الحالات التي يوجد لديهم ADHD ولديهم اضطرابات في العمليات التنفيذية، فان الأطفال الذين كان لديهم ADHD مع اضطرابات الوظائف التنفيذية كانوا أكثر رسوب وإعادة للصفوف، وأن 44٪ منهم كان لديهم صعوبات تعلم وتحصيل أكاديمي منخفض في مادة الرياضيات، كذلك كانت لديهم مشكلات واضحة في القراءة مقارنة بمن لا يوجد لديهم مشكلات في الوظائف التنفيذية، مما يؤكد على أن اضطراب الوظائف التنفيذية قد يكون هو المتغير الأساسي الذي على ضوءه برزت تلك الاختلافات بين المجموعات، وهو ما تدعو تلك الدراسة إلى الالتفات له وقياسه في مرحلة مبكرة، والعمل على تدريب تلك الوظائف لتجنب حدوث صعوبات تعلم عند التلاميذ.

رابعاً: نقص خبرة المعلمين في التعامل مع الطلاب الذين لديهم ADHD:

هنا تتباين قدرات المعلمين في التعامل بشكل فعال مع ا لطلاب الذين لديهم ADHD، فبعض المعلمين لديهم خبرة متميزة في هذا المجال وكيفية التعامل مع الصعوبات التي قد تواجه الطفل، وكذلك أهم الاستراتيجيات التي يمكن توظيفها لمساعدة الطفل الذي لديه هذا الاضطراب على النجاح، إلا أن العديد أيضاً من المعلمين، وقد يشكلوا الأغلبية، لديهم فقر كبير في الخبرة العملية للتعامل مع الصعوبات التعليمية والسلوكية لحالات ضعف الانتباه والنشاط الزائد، وكنتيجة لذلك فان الطفل قد لا يتلقى الخدمات المناسبة التي يحتاجها للنجاح في المدرسة، مما يشكل مصدر إحباط للطفل والأسرة معاً.

ولهذا السبب فإن التعرف على خبرات المعلمين وتفهم حاجاتهم للتعامل مع هذه الفئة يعتبر عاملاً مهماً يساعد في التوصل إلى الحلول المناسبة لتزويد المعلمين بما يحتاجوا

من خبرات وتدريب، والتي يمكن أن تساهم بدورها في علاج مشكلات صعوبات التعلم لدى التلاميذ الذين لديهم ADHD.

والدراسة التي قام بها فرانك ورفاقه Frank et al)، (على 21 معلماً من 3 مناطق في الولايات المتحدة للتعرف على مستوى خبرات ومعرفة المعلمين باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، والاستراتيجيات التعليمية المناسبة لمساعدة الأطفال على النجاح، حيث تم اختبار هذه الجوانب لدى المعلمين والذين كانوا يعملون في المرحلة الابتدائية في الصفوف الثالث الابتدائي، وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى ما يلي:

1- يظهر لدى المعلمين فهم خاطئ لأعراض ضعف الانتباه والنشاط الزائد، فالأطفال الذين لديهم أعراض عدم انتباه فقط لا يتم ربطهم باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، فحسب ما جاء في رأي المعلمين بأن الأطفال الذين يتحركوا بكثرة ويقاطعوا المعلمين ويبدون مندفعين هم الذين لديهم هذا الاضطراب، وهذا الفهم الخاطئ لطبيعة الاضطراب وخصائصه، قد يقود إلى إهمال هؤلاء الأطفال من قبل المعلمين مما يقود إلى تفاقم مشكلاتهم التعليمية لاحقاً.
2- يحاول المعلمون غالباً إلصاق مشكلات الطلاب السلوكية والتعليمية التي تحدث في الفصل الدراسي بعوامل بيئية خارج المدرسة، مما يعيق فرص تحسين قدراتهم وخبراتهم.
3- معظم المعلمين لم تكن لديهم خطة واضحة للتعامل مع الأطفال الذين لديهم أعراض ADHD، ويبدو بأن المعلمين ينزعون غالباً لاختيار الاستراتيجيات التعليمية التي لا تتطلب وقت وجهد كبير منهم، والتي كما بدا غير مفيدة لهؤلاء والأطفال.

أما عن توظيف الاستراتيجيات التعليمية الفعالة مثل أسلوب التعليم الفردي(واحد مقابل واحد) واستخدام التعلم عن طريق الأقران، فلم تكن ضمن الاستراتيجيات المدرجة، كذلك بالنسبة لتعديل البيئة التعليمية (تعديل المقاعد والجلسة)

لم تكن استراتيجياتهم تتوافق مع الأساليب الحديثة في تعديل البيئة الصفية الملائمة للأطفال كثيري الحركة أو الأكثر عرضة للتشتت، مما يدل على نقص الخبرة ليس فقط في فهم الأعراض، بل أيضاً في استراتيجيات التعامل مع أعراض هذا الاضطراب.

الاستراتيجيات التربوية العلاجية المقترحة لصعوبات التعلم عند الطلاب الذين لديهم ضعف انتباه ونشاط زائد

هنا يلعب المعلمين دوراً هاماً وبارزاً، كما سبق وأن أشير لنجاح الطلاب الذين لديهم اضطراب ضعف انتباه ونشاط زائد، فمن خلال تعديل البيئة التعليمية وطرق التدريس، وتطبيق استراتيجيات التدخل السلوكي المناسبة لعلاج مشكلات الأطفال، يساهم هؤلاء المعلمين مع غيرهم من الأخصائيين في تطوير هذه الاستراتيجيات وتعديلها لتتلاءم مع حاجات الطلاب، وبدون تعاون المعلمين في تنفيذ تلك البرامج فإن نجاح الأطفال في المدرسة قد يكون شبه مستحيل، ومن هذا المنطلق فإن تأهيل المعلمين، وتزويدهم بالخبرات اللازمة يعدان من العناصر الهامة التي تساهم وبشكل فعال في نجاح الطفل في المدرسة، ومن أهم الاستراتيجيات التي يستوجب على معلمي الأطفال الذين لديهم ADHD اكتسابها ما يلي:

أولاً: إستراتيجية التدخل السلوكي:

تعتبر استراتيجيات التدخل السلوكي من أهم الاستراتجيات المستخدمة مع الطلاب الذين يعانون من ADHD للسيطرة على سلوكياتهم غير المناسبة، مما يقود بدوره لتحسين أدائهم الأكاديمي، ففي دراسة لبيسكو ورفاقه (Pisecco) أجراها على 59 معلماً في المرحلة الابتدائية حيث طلب منهم وصف السلوك الصفي الذي يؤثر على الأداء الأكاديمي للطلاب الذين لديهم ADHD، وكذلك الإستراتيجية المستخدمة أو المقترحة لعلاج لتلك المشكلات، كانت استجابة نصف المعلمين تشير إلى تركيزهم فقط، وبشكل مستمر على وصف سلوكيات الطلاب الذكور السلبية، كالحركة والعناد وعدم إتباع التعليمات، أما عن الاستراتيجيات المفضلة التي يمكن استخدامها مع هؤلاء الأطفال

لعلاج مشكلاتهم السلوكية، فقد كانت تميل نحو الطرق التعاونية بين الأسرة والمعلم، حيث عرضت عليهم عدد من الاستراتيجيات كالتالي:

1. بطاقة المتابعة اليومية Daily Report Card (DRC): هو نوع من التدخل يستدعي إشراك الأسرة والمعلمين معا لتحديد 3-5 مشكلات عند الطفل للعمل على التعامل معها، ثم يتم تحويل هذه السلوكيات المحددة إلى أهداف يومية خاصة بالطفل كأن تكون الأهداف اليومية للطالب الذي لديه ADHD كالتالي:
   1. التعامل مع الأقران بشكل مناسب.
   2. إتباع قوانين الفصل.
   3. استكمال العمل المحدد للطالب.

   ومع نهاية كل يوم دراسي فإن المعلم يعطي الطالب بطاقة درجات لتوضيح كيف كان أدائه على هذه الأنشطة خلال اليوم ليقوم بتسليمها لأسرته، حيث يحصل الطالب على الحوافز أو يحرم منها يومياً من خلال متابعة الأسرة لما جاء في التقرير، وهذا الإجراء يجعل الأهل متابعين لأداء أبنائهم، كذلك يتيح لهم فرصة مكافأة أبنائهم على ضوء ما يقدموا من أعمال.

2. أسلوب تكلفة الاستجابة Response Cost Technique (RCT): في هذا الإجراء يحصل الطالب على نقاط في الصف عندما يظهر السلوك الايجابي المناسب مثل (تكملة العمل المطلوب)، ويخسر نقاط حين يظهر سلوكيات سلبية غير مناسبة مثل (الاندفاع في الإجابة)، ويقوم المعلم بمتابعة سلوك الطالب طوال اليوم وتسجيل النقاط على ضوء سلوكياته، ويمكن للطالب استبدال النقاط التي حصل عليها من خلال جدول بقيمة المعززات التي يمكن الحصول عليها حسب قيمة كل معزز، وما يملك الطالب من نقاط.

3. مسابقة الكسب الصفية Classroom Lottery (CL): ان هذا نوع من التدخل يعمل على إشراك كل الطلاب في الصف، حيث يحصل أي طالب على نقاط على ضوء سلوكه، ويضع المعلم قائمة مختصرة بالقوانين الصفية ويشرحها ثم

يخبر الأطفال بأنهم قد يكسبوا فرصة للقيام بأعمال صفية أو مدرسية حسب النقاط التي يكسبوها، ثم يتابع نقاط الطلاب من خلال جدول، والطلاب الذين يتأهلون يضع أسمائهم في سلة و يضع قائمة بالأعمال الصفية في سلة أخرى، ثم يسحب اسم طالب بالقرعة ويختار الطالب الذي يذكر أسمه عمل صفي من الأعمال المتاحة، إلى أن يحصل كل طالب من الذين تأهلوا على عمل صفي.

4. استخدام أدوية خاصة باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد:

ثم طلب من المعلمين بعد عرض الاستراتيجيات الأربعة الاستجابة لثلاث أسئلة:

1. كيف تقبلوا الطرق الأربعة السابقة من الأساليب العلاجية؟
2. إلى أي حد يعتقدوا بأنها ستكون مؤثرة في نجاح الطفل؟
3. إلى أي مستوى من السرعة يعتقدوا بأنها ستكون مؤثرة؟

بالنسبة للسؤال الأول: فإن معظم المعلمين أجابوا بان أسلوب المتابعة اليومية يعتبر الأسلوب الأفضل، بالنسبة للأكثر تأثيرا وأكثر سرعة فإن غالبية المعلمين يعتقدون أيضا بأن بطاقة المتابعة اليومية ستكون فعالة بنفس مستوى الأدوية الخاصة بضعف الانتباه أو النشاط الزائد، وهو الأسلوب الذي يعمل على إشراك الأهل مع المعلم في عملية متابعة وتعزيز أبنائهم، مما يشعر الطفل بالأهمية ويحرص على الانضباط في سلوكياته في بيئات مختلفة.

وفي دراسة أخرى قام بها كارلسون وتام (Carlson & Tamm) حول استخدام الثواب وكلفة الاستجابة، في تحسين أداء ودافعية الطلاب الذين لديهم ADHD مقارنة بالأطفال الذين لا يوجد لديهم ADHD، حيث استجابت الدراسة على عدد من الأسئلة، كالتالي:

1. هل يؤثر استخدام أسلوب الحوافز، وثمن الاستجابة على دافعية الأطفال الذين لديهم ADHD لاستكمال الأعمال المطلوبة؟
2. هل يتغير تأثير استخدام الحوافز، وتكلفة الاستجابة مع الأطفال الذين لديهم ADHD اعتماداً على طبيعة المهام التي يقومون بها؟

3. كيف يتأثر أداء الأطفال الذين لديهم ADHD باستخدام أسلوب الثواب وتكلفة الاستجابة.

وقد شملت عينة الدراسة 44 طفلاً ممن أعمارهم بين 8-10 سنوات،منهم (22) طالبا تم تشخيصهم على أن لديهم ADHD النمط المزدوج و (22) من الطلاب الذين ليس لديهم ADHD، وقد أشرك الطلاب في أداء مهمتين باستخدام الكمبيوتر، وقد شرح للأطفال كيفية كسب أو خسارة النقاط على ضوء انجازاتهم على الكمبيوتر.

وقد أشارت النتائج إلى ما يلي:

- تحسن أداء الطلاب الذين لديهم ADHD باستخدام أسلوب الثواب وتكلفة الاستجابة، في حين لم يتأثر كثيراً أداء الطلاب العاديين.
- استخدام أسلوب الثواب وتكلفة الاستجابة لم يترك أثر على دافعية الطلاب في كلا المجموعتين، وقد يكون السبب في ذلك كما حلله الباحثان في الدراسة، بأن استخدام الحوافز لوحدها لا يزيد من الدافعية تجاه استكمال المهام، بل لا بد من أن تكون المهام التي يقوم الطفل بأدائها مشوقة وممتعة، حتى تزداد دافعيته للانخراط بها.

ثانياً: إستراتيجية علاج الوظائف التنفيذية:

حيث سبق الإشارة له في المشكلات المرتبطة بالصعوبات التعلم لدى الأطفال الذين لديهم ADHD، فإن كثير من الباحثين اعزوا فشل الطلاب تعليمياً في بعض المواد لأسباب مرتبطة بوجود اضطراب في الوظائف العملية، لدى هؤلاء الأطفال، وهو ما يؤثر على العمليات العقلية التي تساعد في تنظيم السلوك المعقد المباشر، وتشمل هذه العمليات وضع الأهداف والتخطيط والسببية والمرونة والقدرة على تأخير الاستجابة، كذلك فان تشغيل الذاكرة يعتبر من العناصر الهامة في هذه العمليات، حيث يمكن للفرد إبقاء المعلومات وحفظها في عقله للاستخدام اللاحق، ويعد هذا البعد من العمليات هاماً جداً لأنه يؤثر بدوره على الجوانب العقلية الأخرى، كالسببية وغيرها.

قد تم التوصل في العديد من الأبحاث إلى أن اضطراب تشغيل الذاكرة لدى الطلاب الذين لديهم ADHD، قد يكون عاملا مؤثراً في حدوث الصعوبات الأكاديمية التي قد يواجهها الطلاب، لذا فإن التدخل في هذا الجانب بهدف تحفيز الذاكرة لدى الطلاب الذين لديهم هذا الاضطراب قد يكون له تأثير فاعل في تحسين فرص نجاحهم الأكاديمي.

كما يبدو بأن برامج الكمبيوتر التي تكون معدة ومهيأة بشكل جيد لتتلازم مع حاجات وقدرات الطلاب الذين لديهم،ADHD قد تكون بدورها علاجاً لبعض مشكلاتهم الأكاديمية التي يعانوا منها، فالدراسة التي قام بها كل من كلينجبرج (Kleinberg) والتي استخدموا فيها برنامج تدريبي على الكمبيوتر لتشغيل الذاكرة لدى الأطفال الذين لديهم ADHD ويعانون من اضطراب الوظائف العملية، كانت عاملاً مؤثراً في نجاح وفشل الطلاب الذين لديهم هذا الاضطراب.

فقد عملت هذه الدراسة والتي تم تطبيقها لمدة 5 أسابيع على عينة من الطلاب عددهم 50 طالباً وطالبة في عمر 7–12 سنة، حيث تم استخدام برنامج كمبيوتر من مستويين، مستوى مركز ومستوى بسيط، كلاهما يشمل نفس المحتويات ولكن بصعوبة مختلفة حيث تم توزيع الطلاب على البرنامجين، والتي احتوت على أداء يرتبط بتشغيل الذاكرة البصرية والسمعية من خلال 20 جلسة كل جلسة محددة بزمن 45 دقيقة لاستكمال المهام المطلوبة كحد أدنى، ويتم قيام الطفل بأدائها أما في المدرسة أو المنزل بالتعاون مع الأسرة، وفي نهاية التدريب، تمت مقارنة أداء المجموعتين في المستوى الأقل والمستوى الأصعب لتشغيل الذاكرة، وكذلك تمت مقارنة أدائهم مرة أخرى بعد 3 أشهر بدون تدريب، للتأكد من استمرار النتائج. وقد توصل الباحثون لما يلي:

1. كان أداء الطلاب الذين تعرضوا لتدريب أكثر كثافة أفضل من الطلاب الآخرين، حتى على بقية الوظائف العملية بعد التدريب، وحتى بعد 3 أشهر من التدريب.

2. أظهر الطلاب الذين تعرضوا لتدريب على برنامج أكثر كثافة لتشغيل الذاكرة تحسن أكبر من الأطفال في التجربة التي حصلت على برنامج أقل كثافة.
3. كانت انطباعات الأهل تشير إلى أن أعراض الاندفاعية والنشاط الزائد، وعدم الانتباه، لدى الأبناء الذين تعرضوا لبرنامج مكثف لتشغيل الذاكرة، انخفضت عما كانت عليه قبل التدريب، وأستمر ذلك بعد 3 أشهر من التدريب، خاصة في جانب الانتباه.
4. الفروق بين أداء المجموعتين من الطلاب في الأعراض حسب أراء المعلمين بعد التدريب لم تكن تشير إلى أي اختلاف.

وعموما تشير نتائج هذه الدراسة إلى أن استخدام برامج الكمبيوتر المعدة لتشغيل الذاكرة عندالأطفال، تساهم في تحسين أداء الأطفال الذين لديهم ADHD إذا ما وظفت بالشكل المناسب، مما قد يساهم في تقليص مشكلاتهم التعليمية.

ثالثاً: إستراتيجية تشغيل الانتباه:

إضافة إلى الدراسات التي اهتمت بعلاج صعوبات التعلم لدى الطلاب الذين لديهم ADHD من خلال التركيز على علاج اضطراب العمليات العقلية، فقد خرجت أيضاً بعض الدراسات المحدودة التي اهتمت بدراسة أثر استخدام إجراءات تقوم على برامج وأنظمة لعلاج مشكلة الانتباه لدى الطلاب، ومن هذه الدراسات، الدراسة التي قام بها سيمور كليكمان (Semrud Clikeman)، والتي عمل بها على توظيف إستراتيجية تدخل مع الأطفال الذين صنفهم معلميهم وآبائهم على أن لديهم صعوبات في الانتباه، فقد اشترك في هذه الدراسة 33 طفلاً وطفلة في الصفوف 2-6 والذين تم تشخيصهم على أن لديهم ADHD وكذلك 21 طفلاً وطفلة، ممن لا يعانون من ADHD، بالإضافة إلى 21 من الطلاب ممن لا يوجد لديهم ADHD والذين يمثلون العينة الضابطة، وقد تم ترشيح الطلاب لهذه الدراسة على ضوء اختيار المعلمين لهم على اعتبار أن:

- لديهم صعوبات في استكمال الواجبات والانتباه في الصف.
- موافقة الأهالي للاشتراك في البرنامج ليتم تدريب أبنائهم على مهارات الانتباه.

وقد قدم برنامج تدريبي للانتباه للطلاب، بعد انتهاء دوام المدرسة، حيث تلتقي مجموعات من 4-5 طلاب مرتين في الأسبوع لمدة 60 دقيقة في كل مرة ولمدة 18 أسبوع، واستخدم معهم، برنامج Attention Process Training (APT) تدريب عمليات الانتباه، والذي يحتوي على مستويين للانتباه، المستوى الأقل، المقدرة على التركيز والبقاء في نفس المكان لفترة زمنية محددة.

القدرة على نقل الانتباه من مهمة لأخرى

وقد شمل برنامج التدريب مهارات لتدريب الانتباه السمعي والانتباه والبصري، وقد استخدمت أدوات تعليمية مجسمة للأحرف والأرقام وغيرها، وكذلك أشرطة كاسيت صوتية لبعض الأصوات المختلفة للأحرف والأرقام، والمطلوب من الطفل أن يركز على كم عدد مرات سماعه لصوت حرف أو رقم معين،(وحسبت دقة الإجابات الصحيحة وسرعة الاستجابة)، وقد أشارت النتائج إلى ما يلي:

1. قبل تطبيق التدريب، كان أداء الطلاب الذين لديهم ADHD في المجموعة التجريبية والضابطة، أقل من أداء الأقران العاديين في مستوى الانتباه السمعي والبصري.
2. بعد التدريب أظهرت المجموعة الضابطة لتي تضم أطفال لديهم ADHD، ولم يطبق عليهم البرنامج، أداء ضعيف في مهارات الانتباه مقارنة بإقرانهم الذين لديهم ADHD وكانوا في المجموعة التجريبية، حيث كان أداء المجموعة التجريبية أفضل بفارق كبير.

كذلك فان أداء الطلاب في المجموعة التجريبية كان مماثلا لأداء الطلاب الذين لا يوجد لديهم ADHD، بل أن أدائهم كان أفضل في جانب الانتباه السمعي من الأقران الذين لا يوجد عندهم ADHD في العينة الضابطة.

وهذه النتائج المشجعة تؤكد أهمية تفعيل التدريب للمهارات الأساسية التي يعاني منها الطلاب الذين لديهم صعوبات تعليمية مرتبطة بجوانب نمائيه كمشكلة الانتباه،

وتؤكد على دور المعلم في الاستفادة من الاستراتيجيات التطبيقية الأفضل لتحسين أداء الطلاب في تلك الجوانب.

رابعاً: إستراتيجية التركيز البصري Technique of staring:

لقد أظهرت العديد من الدراسات بأن الأطفال الذين لديهم ADHD يميلون إلى عدم الطاعة وإتباع التعليمات أكثر من غيرهم من الأطفال، وخاصة الأطفال الذين لديهم Oppositional Defiant Disorder (ODD)، أي اضطراب السلوك العنادي، والآلية التي من خلالها يتزايد هذا السلوك لدى الأطفال غير واضحة تماما، لكن هنالك نظرية تشير إلى أن الأطفال عادة إذا ما وجه لهم أمر من الأوامر مثل "أترك لعبتك جانباً، فإن العديد من الأطفال حتى الذين لا يوجد لديهم ADHD يقومون برد فعل سلبي فوري للأوامر، والأطفال الذين لديهم ADHD، قد تكون لديهم أعراض اندفاعية وصعوبات اكبر تحول دون قدرتهم على احتواء ردود أفعالهم السلبية، وكنتيجة لذلك فإن رد فعلهم السريع يترجم فوراً إلى سلوك عنادي، وهذا قد يقود بدوره إلى مشكلات ما بين الأسرة والأبناء، لذا فإن تعلم كيفية الحصول على سلوك ايجابي من الأبناء الذين لديهم ADHD يعتبر تحدي كبير للوالدين، ولكنه يعتبر مهماً أيضاً لنجاح الطفل والاستفادة، مما يطلب منه لتحسين علاقاته وأداءه في الجوانب الاجتماعية والتعليمية، وقد استخدمت إجراءات عديدة لعلاج هذه المشكلة منها:

1. التواصل البصري مع الطفل لجعل التعليمات أو الأوامر أكثر فعالية، والذي يتم التدريب عليه عادة في برامج توجيه السلوك؛ وقد أوصت العديد من برامج تدريب الأسرة على ضرورة التواصل والتركيز البصري مع الأطفال أثناء إعطاء التعليمات.
2. تدريب الأسر على برامج تعديل السلوك، مثل استخدام صوت منخفض وحازم، تقديم أمر واحد في كل مرة، عدم الدخول في تفاصيل والتركيز على الاختصار في التعليمات.

3. استخدام الأدوية التي تحد من الاندفاعية عند الأطفال، إلا أن هذه الأدوية لم تكن فعالة مع جميع الأطفال.

وفي الدراسة التي قام بها كابلكا (Kapalka) ليختبر إمكانية تحسين استجابة وطاعة الأطفال الذين لديهم ADHD للأوامر والتعليمات عندما تستخدم إستراتيجية التركيز البصري مع الطفل، حيث اشتركت 76 عائلة في هذه الدراسة ممن لديهم أطفال يعانون من ADHD وأعمارهم تتراوح بين 5-10 سنوات،وقد تم تقسيم العائلات بشكل عشوائي على مجموعتين من العلاج، وكلا المجموعتين يتلقوا تعليمات حول كيفية إعطاء أوامر للأطفال بشكل فعال كالتالي:

1. تقديم التعليمات كعبارة مباشرة مثل "ضع القلم على الطاولة الآن، بدلاً من تقديمها على شكل سؤال ممكن أن تضع القلم على الطاولة الآن.
2. استخدام نبرة صوت هادئة عند إعطاء الأوامر أو التعليمات.
3. أن يتم إعطاء التعليمات بعد تركيز البصر على الطفل.
4. إعطاء نوع واحد من التعليمات فقط في كل مرة.
5. تعزيز الطفل على إتباع التعليمات واستخدام عقاب بسيط عندما لا يتبع التعليمات، مثل (الإقصاء- الحرمان).
6. تقليص المشتتات التي يمكن أن تكون موجودة، مثلاً إطفاء التلفزيون عند إعطاء التعليمات.

ومجموعة الأسرة التي كانت تستخدم إجراء التركيز البصري يتلقوا تعليمات إضافية بأن ينظروا إلى الطفل من 20-30 ثانية بعد إعطاء التعليمات، حتى لو لم يكن الطفل مهتماً منذ البداية، كما تم إعلامهم بان لا يكرروا التعليمات حتى تنتهي فترة 20-30 ثانية، والهدف من أسلوب التركيز البصري هو إشعار الطفل بجدية الأسرة مع عدم تشكيل تهديد على الطفل، كما يحدث عادة حين يرفع الأهل أصواتهم ويهددوا الأطفال عند تقديم تعليمات لهم، وقد تم تدريب الأهل على تحاشي نظرات الغضب أثناء النظر للطفل و استبدالها بنظرات جادة حريصة على استجابة الطفل.

وقد استجابت الأسر لاستمارة حول سلوك الأبناء قبل البدء في التدريب أعدها باركلي Barkley حيث يصف الأهل المشكلات التي يمروا بها مع أبنائهم الذين لديهم ADHD في 16 موقف مختلف، كما تمت إعادة الاستجابة للاستمارة بعد أسبوعين من تطبيق التجربة على الأسر في المجموعة التجريبية وتأخير المجموعة الضابطة، وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى ما يلي:

1. كانت نتائج المجموعتين قبل التدريب متقاربة، حيث تعاني الأسر من العديد من المشكلات في إتباع الأبناء للأوامر.
2. بعد أسبوعين من التدريب للمجموعة التجريبية على كيفية تقديم التعليمات للأبناء، بالإضافة لإجراء التركيز البصري، فقد كانت استجابات الأسر التي تدربت تدل على تحسن كبير في سلوك الأبناء وإتباع التعليمات، مقارنة مع أسر المجموعة الضابطة التي لم تبدأ بعد إتباع أي إجراء تدريبي مع أبنائهم وبنسبة 44٪.
3. بعد بدء الأسر في المجموعة الضابطة على تطبيق إجراء كيفية تقديم التعليمات فقط مع الأبناء بدون إجراء التركيز البصري، فقد تحسن أداء الأبناء بنسبة 32٪، مما يشير إلى أن استخدام الإجراءين معاً "تقديم التعليمات بشكل مناسب "وإجراء" التركيز البصري يقود إلى إتباع أفضل للتعليمات.

وهو جانب هام يساهم بشكل كبير في استفادة الطفل مما يقدم له من معلومات ويحسن فرص اكتسابه للتعليم في حال تم تعميمه على المدرسة والمنزل، حيث يمكن أيضاً الاستعانة بهذه الإستراتيجية ليسهل إتباع الطلاب للتعليمات الصفية والتعليمية.

خامساً: إستراتيجية الأشراف والمتابعة الفردية Tutoring:

بالنسبة للأطفال الذين لديهم ADHD، فان النجاح الأكاديمي يشكل عادة مشكلة، وقد أشارت العديد من الدراسات، أن التحصيل الأكاديمي المتدني يعد واحد من ابرز النتائج لهذا الاضطراب، وقد تكون هنالك العديد من الأسباب التي نتج عنها ذلك منها:

1. العديد من الأطفال الذين لديهم ADHD لديهم أيضا صعوبات تعلم، وظهور هذه الصعوبات يجعل تعليم هؤلاء الأطفال وإكسابهم للمهارات الأكاديمية الأساسية والمطلوبة للنجاح المدرسي مهمة صعبة.
2. طرق التعليم التقليدية في المدارس الابتدائية، قد لا تحفز التعليم لدى العديد من الطلاب الذين لديهم ADHD.
3. كذلك حتى لو لم يكن لدى الطفل صعوبات تعلم، فان المشكلات الصفية يمكن أن تتسبب في التشويش على اكتساب الطفل للمهارات والخبرات الأكاديمية، وهذا ما تم تداوله في العديد من الدراسات، لذا فان الطفل الذي لديه ADHD ولا يتمكن من اكتساب المهارات الأكاديمية المطلوبة منه، كبقية زملائه في الفصل، نظراً لمشكلة الانتباه لديه أو النشاط الزائد والاندفاعية (وليس لأنه اقل ذكاءً)، فان هذا الطفل سيصبح اقل استعداداً للنجاح في متطلبات الفصل الدراسي الذي يلتحق به وقد تبدأ مشكلات أخرى لديه.

ان أحد المداخل الهامة للوقاية من هذا الوضع من الظهور، قد يكون تحديد الطفل الذي لديه صعوبات انتباه في الصف الأول الابتدائي، ومن ثم تقديم المساعدة المكثفة له، حتى يتمكن من اكتساب المهارات الضرورية للنجاح الأكاديمي، فقد تؤثر مشكلات الانتباه لدى الأطفال في إمكانية اكتسابهم لمهارات القراءة المبكرة لذا فان الإشراف والتعليم الموجه والخاص للطفل قد يساعده في تعلم أشياء قد لا يكتسبها لوحده في حالة التعليم الجماعي، مما يعمل على توفير قاعدة مهمة تساعد الطفل في النجاح الأكاديمي اللاحق.

وقد ناقشت ذلك دراسة رابنرز ومالون Rabiner & malone، والتي هدفت إلى التعرف على أثر الإشراف الخاص والفردي للطفل الذي يعاني من مشكلات في الانتباه على تحصيله في مادة القراءة، حيث أشرك 581 طفلاً وطفلة، تم اختيارهم لدراسة أعدت، بهدف وقاية هؤلاء الأطفال من الإصابة باضطراب السلوك المعارض.

وقد تم توزيع الأطفال في مجموعتين تجريبية وضابطة، بحيث أن الأطفال في المجموعة التجريبية يتلقوا مجموعة شاملة من التدخلات صممت للوقاية من تطور السلوك المعارض، فيحصل كل طفل على 90 دقيقة في الأسبوع من التعليمات الخاصة بمادة القراءة،من خلال 3 جلسات، وقد تم تطبيق مقياس للقدرة على القراءة قبل بداية العام وبعد نهاية العام لكل طفل، والذي يشمل قياس قدرة الأطفال على التعرف على الأحرف والوعي بأصوات الأحرف وقراءة كلمات بسيطة.

كذلك فقد استجاب المعلمين على مقياس تقديري للسلوكيات حول كل طفل في نهاية العام، من ضمنها سلوك عدم الانتباه، وقد كان اهتمام الباحثين في هذه الدراسة على مدى تأثير الإشراف الموجه والخاص للطفل الذي لديه مشكلات في الانتباه، في زيادة تحصيله في مادة القراءة، وقد أشارت نتائج هذه الدراسة لما يلي:

1. الأطفال الذين لديهم مشكلات مبكرة في القراءة ومشكلات كبيرة في الانتباه وقدم لهم إشراف وتوجيه خاص، لم يستفيدوا على الإطلاق من الإشراف الخاص، بل استمر أدائهم في مادة القراءة منخفضاً ومشابها تماماً لمن لم يتلقى إشراف خاص.
2. مع نهاية العام الدراسي، فان الأطفال الذين لم تظهر لديهم مشكلات في القراءة في الاختبار القبلي ولم يقدم لهم إشراف خاص على الرغم من وجود مشكلات انتباه لديهم خلال العام الدراسي أظهروا تحصيلاً منخفضاً عن بقية الأقران.
3. الأطفال الذين لم تظهر لديهم مشكلات قراءة مبكرة ولديهم مشكلات في الانتباه وتلقوا إشراف وتوجيه خاص لم يظهروا أي اختلافات بعد الإشراف، مقارنة بمن لم يقدم لهم إشراف.

4. الأطفال الذين لديهم مشكلات مبكرة في القراءة ولم تكن لديهم مشكلات انتباه وتلقوا إشراف وتوجيه خاص تحسنوا إلى حد كبير في مادة القراءة مقارنة ببقية المجموعات.

ما تشير له هذه النتائج لا يجب أن يفسر على أن الوالدين والمعلمون يجب أن يتوقفوا عن تقديم الدعم الأكاديمي الفردي للطفل، بل يمكن أن تقود هذه النتائج إلى انه ليس التعليم الموجه أو الخاص للطفل الذي لديه مشكلات في الانتباه ومشكلات أكاديمية وحده هو الذي سيقود إلى تحسين قدرات الطالب الأكاديمية، وإنما علاج مشكلات الانتباه باستخدام استراتيجيات مناسبة أثناء التعليم الموجه أو الخاص للطفل هو الذي سيحسن من مستوى تحصيله الأكاديمي.

وكمدخل آخر للعلاج من خلال الإشراف والمتابعة والتعليم الموجه للطفل، فقد أجريت دراسة أخرى تمت من خلالها مقارنة طرق التدريس التقليدية الجماعية في الفصل الدراسي، بالتدريس عن طريق الأقران WPT Classroom wide peer tutoring لثمانية عشر طفل (18) لديهم ADHD في الصفوف من 1-5، حيث يقوم الطلاب بالمبادرة في [illegible] جديد إلى رفيق آخر في الفصل الدراسي. ويتم تقسيم الأطفال بشكل عشوائي إلى مجموعات ثنائية، وكل طفل يبادر بتعليم الآخر يعتبر معلم خاص (Tutor) والآخر متعلم (tutee)، ويزود المعلم الطالب الذي يقوم بالتعليم بقائمة من المهام التعليمية الخاصة بحل 10 مسائل في الرياضيات، وتكون مرتبطة بما يدور من تعليمات في الفصل، ويعمل المعلم الطالب على إملاء النقاط أو المسائل لفظياً للمتعلم، والذي يجب أن يستجيب أيضا لفظياً، ويحصل المتعلم على نقطتين مقابل كل إجابة صحيحة ويصحح المعلم الصغير أخطاء المتعلم، ويمنحه الفرصة للتدرب على الإجابة الصحيحة.

وفي نهاية الفترة المحددة للطالب للاستجابة، يتم تبديل الأدوار بين الطلاب، ويكون دور معلم الفصل هو المتابعة لسلوكيات الطلاب في المجموعات الثنائية أثناء العمل ويقدم المساعدة فقط عند الضرورة، ويضع المعلم نقاط تعزيز للمجموعات الثنائية التي تتبع التعليمات بشكل مناسب، وفي نهاية الجلسة يقوم المعلم باحتساب عدد النقاط التي حصلت عليها كل مجموعة، ويتم وضعها في جدول ليحصلوا على مكافأة في نهاية الأسبوع باستبدال النقاط.

وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن 50٪ من الأطفال الذين لديهم ADHD اظهروا تحسن في الأداء الأكاديمي في الرياضيات وكذلك في التهجئة عند استخدام أسلوب التعليم عن طريق الأقران مقارنة بالطريقة التقليدية للتعليم عن طريق معلم الفصل، كذلك ازداد حماس ونشاط الطلاب في المشاركة بالأنشطة والمهمات الأكاديمية، وتقلص الانشغال عن أداء المهمات عند كافة المشاركين.

قائمة المراجع والمصادر

- الجبار، ماجدة حسن، (2001). تأثير برنامج مقترح من الحركات الأساسية للرقص الحديث على الإدراك الحركي ومفهوم الذات للمعاقين ذهنيا (قابلي التعلم)، مجلة فنون الرياضة، جامعة حلوان. التربية الرياضية للبنات، القاهرة.
- حصة بنت، محمد العندس، (2000). اضطرابات عجز الانتباه وفرط الحركة. دار الزهراء للنشر والتوزيع، الرياض.
- الروسان، فاروق، (2001). سيكولوجية الأطفال غير العاديين. دار الفكر، عمان- الاردن.
- الزيات، فتحي، (1998). صعوبات التعليم" الأسس النظرية والتشخيصية والعلاجية، (ط1). سلسلة علم النفس المعرفي، القاهرة.
- حسن، عبد الحميد سعيد، (2006). التنبؤ بصعوبات التعلم في القراءة من صعوبات التعلم النمائية الأولية لدى تلاميذ مرحلة التعليم الأساسي في سلطنة عمان، مجلة الأكاديمية العربية للتربية الخاصة، سلطنة عمان.
- السرور، ناديا هائل، (2003). مدخل إلى تربية المتميزين والموهوبين، (ط4). دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان- الاردن.
- سامي، محمد ملحم، (2002). صعوبات التعلم. دار المسيرة للطباعة والنشر، عمان- الأردن.
- الزيات، فتحي، (1998)، صعوبات التعلم الأسس النظرية والشخصة والعلاجية، (ط1). دار النشر للجامعات، القاهرة- مصر.
- قحطان، أحمد الظاهر، (2004). صعوبات التعلم. دار وائل للنشر والتوزيع، عمان- الأردن.
- سماح، خالد زهران، (2005). قياس الخصائص النفسية لطفل ما قبل المدرسة. دار الفكر العربي، القاهرة.

- ADHD2 ،(2004). An Introduction To AD/HD: The History and the Characteristics of AD/HD. http;//users2.ev1.net.
- Nourbakhsh ،P ،(2006). Perceptual-motor Abilities and Their Relationships with Academic Performance of Fifth Grade Pupils in Comparison with Oseretsky Scale. Kinesiology.
- Mohammed M. Alqahtani ،(2009). The Comorbidity of ADHD in the General Population of Saudi Arabian School-Age Children. J Atten Disord.
- Sayre ،N. & Gallagher ،J ،(2001). The young child and the environment ، Issues related to health ،nutrition ،safety ،and physical education activity. Allyn and Bacon ،Boston.
- Smrud- Clikeman ،M ،(1999). An Intervention Approach for Children with Teacher and Parents Identified Intentional Difficulties ،Journal of Learning Disabilities
- Carlson,C & Tumm ،L ،(2000). The Effect of Reward and Punishment on the Performance and Motivation of Children with ADHD ،Journal of Consulting and Clinical Psychology.
- Muijs ،D ،and Reynolds ،D ،(2001). Effective Teaching: Evidence and Practice. London: Paul Chapman.□
- Klingberg,et al ،(2005). Computerized Training of Working Memory in Children with ADHD ،A Randomized Control Trial ،Journal of the American Academy of Child and Adolescent of Psychiatry.
- www.jewar.com
- http://www.adhdarabia.org.sa/articles1.htm
- www.t7di.net/vb/attachment.php
- http://www.adhdarabia.org.sa/articles5.htm
- www.palwho93.org/slouk

- http://www.arabnet.ws/vb /
- ww.egyptiantalks.org
- www.werathah.com
- www.childclinic.net
- muhmmdkalo.arabblogs.com



فهم اضطرابات نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال والسيطرة عليه





دار المعتز للنشر والتوزيع

الأردن- عمان- شارع الملكة رانيا العبدالله- الجامعة الأردنية

مقابل كلية الزراعة عمارة رقم ٢٣٣ الطابق الأرضي

تلفاكس: ٠٠٩٦٢ ٦ ٥٣٧٣٠٢٥ ص.ب: ١٨٤٠٣٤ عمان: ١١١١٨ الأردن

e-mail: daralmuotaz.pup@gmail.com